

ANNEE 1970

THESE

N^o

248

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

NGUYEN DUC THANH

Né le 2 mai 1935 à HANOI

Présentée et soutenue publiquement le 9 avril 1970

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES RUPTURES VESICALES SPONTANEEES

Président : M. HUARD, Professeur

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

NGUYEN DUC THANH

Né le 2 mai 1935 à HANOI

Présentée et soutenue publiquement le 9 avril 1970

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES RUPTURES VESICALES SPONTANEEES

Président : M. HUARD, Professeur



A TOUTE MA FAMILLE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551512_0034

A Monsieur le Professeur M. HUARD.

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Hommage de notre grande admiration et de notre
profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur LEMAIRE.

Membre de l'Académie de Médecine.

Hommage de notre respect et de notre profonde
gratitude.

P L A N

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RUPTURES VESICALES SPONTANEEES

CHAPITRE I -

Historique.

CHAPITRE II -

Rappels anatomique et physiologique.

CHAPITRE III -

Définition et mise au point de terme "Rupture vésicale spontanée".

CHAPITRE IV -

Etio-pathogénie des ruptures vésicales spontanées.

CHAPITRE V -

Etude statistique générale.

CHAPITRE VI -

Etudes pathologiques.

CHAPITRE VII -

Symptomatologie.

CHAPITRE VIII -

Diagnostic.

CHAPITRE IX -

Evolution.

CHAPITRE X -

Traitement.

CHAPITRE XI -

Pronostic.

CHAPITRE XII -

Ruptures vésicales spontanées récidivantes

CHAPITRE XIII -

Observations

CONCLUSION -

oOo

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La connaissance des ruptures vésicales spontanées n'est pas récente : le premier cas semble être rapporté par PIERRUS en 1279, le deuxième par JOHNSTONE en 1773. Jusqu'à STONE qui a fait en 1931 une étude détaillée et d'ensemble des ruptures vésicales spontanées et qui en a collecté 48 cas, les publications des divers auteurs du monde ont été disparates, portant sur des cas isolés.

MAC EWEN (1873) publia le cas d'un jeune alcoolique qui est resté 2 jours dans son lit à cause de son état d'ivresse et qui est mort d'une rupture vésicale spontanée découverte à l'autopsie.

BARLEET rapporta en 1876 l'observation d'un homme décédé 8 jours après l'apparition d'un syndrome péritonéal pelvien. A l'autopsie la cause du décès a été identifiée comme la perforation d'un ulcère chronique de la vessie. Rappelons que l'ulcère perforant de la muqueuse vésicale (ulcère de HUNNER) a été décrit dès 1836 par Marcier et qu'en 1899, Castaigne a rapporté un autre cas de péritonite diffuse mortelle par perforation vésicale au centre d'une ulcération. LEFUR en 1901 a montré par une série de 70 expériences sur l'animal que l'ulcère dit spontané de la vessie a pour étiologie, soit un trouble circulatoire, soit une infection ou une intoxication, soit un trouble trophique d'origine nerveuse, soit plusieurs de ces causes réunies.

T. SMYTH en 1882 publia le cas d'un vieillard de 80 ans, présentant depuis 2 ans un cancer de la prostate, accusant une douleur brutale du bas ventre en montant une échelle.

Le malade a eu une rupture du trigone vésical.

L. MOREL et J. RAYMOND rapportaient en 1904 la rupture intra-péritonéale de la vessie, de cause indéterminée, chez un paralytique général dément.

Le diagnostic ne se fait qu'à l'autopsie et l'examen anatomo-pathologique a montré une dégénérescence hyaline du muscle vésical. EDEL a rapporté aussi, vers la même époque, 4 cas de rupture vésicale spontanée dans la paralysie générale avec dégénérescence du muscle vésical.

FRASER relatait en 1906 le cas de rupture spontanée de la vessie chez un sujet ivre présentant un rétrécissement de l'urètre d'origine gonococcique.

CALVERLY mentionnait en 1916 une rupture vésicale spontanée chez une femme présentant un utérus gravide rétroversé. Dans les deux derniers cas, le mécanisme de la rupture semble être l'obstacle à l'évacuation des urines.

La première tentative de révision et de collection des cas de la littérature a été celle de STONE en 1951, dans un travail portant sur 48 cas, STONE y a analysé les causes, la fréquence et la pathologie des ruptures vésicales spontanées.

Depuis lors, l'étude des ruptures vésicales spontanées a pris une plus large envergure et les auteurs contemporains ont pu arriver dans les dernières années à des collections assez importantes notamment celle de Russel, TAYLOR en 1948 (50 cas), celle de BILGER, MULLER, WEIBEL en 1952 (60 cas).

La collection la plus récente (1959) a été présentée par BASTABLE, JODE et WARREN (50 cas). Cependant le dernier cas, rapporté dans la littérature mondiale est celui de Cyril O. Innis (The British Journal of Urology Vol. XLIX, N° 214 septembre 1961) : il s'agit d'une rupture spontanée intra-péritonéale de la vessie par calcul enclavé dans le col vésical.

En ce qui nous concerne, nous avons collecté, pendant les années 1956-61 cas de ruptures vésicales extra-péritonéales dues soit au calcul vésical (3 cas) soit à une tumeur vésicale (3 cas).

Les principales collections étrangères sont résumées dans le tableau suivant.

A u t e u r s	Année	Lésions pathologi- ques de la paroi
Bastable, Jode et Warren	1959	28
Bilger, Muller et Weibel	1952	44
Clinton Thomas	1955	
Crastnopol	1950	15
Desjacques	1933	8
Keen, Goldschlager	1938	
Lazarus et Rosenthal	1936	6
Marbury et Fry	1942	
Mertz et Mertz		29 (Vessie tu- berculeuse)
Moroney	1943	17 (Vessie tu- berculeuse)
Scholl	1935	4
Stevens et Delzell	1937	1
Stone	1931	29
Taylor Russel	1948	
Thomas	1956	
Wyatt et Douglas		31 (Vessie tu- berculeuse)

Obstruction cervicourétrale	Calcul Vésical	Vessie neurogén.	Rupture idiopathique	TOTAL des cas
19		4	9	60
6		7	3	60
			7	7
9	2	14	2	42
				8
10 (rétrécissement de l'urètre)				10
4		6	6	22
9		2	1	12
				29
				17
5		3	2	14
			9 (débauche d'alcool)	10
15	1	1	2	48
				50
				64
				31

CHAPITRE II

RAPPELS ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

§ I - RAPPEL ANATOMIQUE

I - EMBRYOLOGIE -

La vessie dérive embryologiquement de deux ébauches :

- l'une wolfienne, mésoblastique, qui donne la région du trigone vésical,
- l'autre allantoïdienne et cloacale, entoblastique, qui donne le reste du réservoir urinaire. Seule la partie inférieure de l'allantoïde donne naissance à la vessie, la partie supérieure aboutit à l'ombilic et s'oblitére progressivement pour devenir un cordon plein : l'ouraque. Ainsi formée, la vessie est abdominale chez l'embryon. Elle s'abaisse au fur et à mesure du développement du fœtus. Après la naissance, la portion abdominale de la vessie s'atténue graduellement. Le réservoir urinaire perd peu à peu le contact avec la paroi abdominale antérieure et chez l'adulte, il devient entièrement, du moins quand il est vide, un organe pelvien sous-péritonéal.

II - ANATOMIE DESCRIPTIVE -

La forme et la situation de la vessie sont variables avec la quantité d'urine qu'elle contient.

- La vessie vide se présente comme une pyramide triangulaire, avec :
 - un sommet antéro-supérieur où se fixe l'ouraque,

- une base postéro-inférieure, triangulaire, à pointe urétrale,
- une face supérieure, déprimée en cupule régulière,
- une face antéro-inférieure qui se moule sur la symphyse pubienne en dessinant une courbe donc l'urètre marque le point déclive,
- deux faces latérales qui sont en réalité de simples bords,
- deux angles latéraux auxquels aboutissent les deux uretères.

Lorsque la vessie se remplit, elle se tend, le diamètre transversal augmentant le premier. Puis elle devient globuleuse pour s'élever comme un ballon sous le péritoine car cette distension se fait surtout aux dépens de la face antéro-supérieure, tandis que la région du trigone vésical reste absolument immobile, fixée par la base prostatique chez l'homme, par l'urètre pelvien chez la femme.

La vessie pleine prend alors la forme d'un ovoïde à grosse extrémité postéro-inférieure. Elle devient nettement abdomino-pelvienne.

La capacité vésicale est la quantité de liquide que la vessie peut contenir sans provoquer le besoin d'uriner. Chez le vivant, cette capacité physiologique est de 200 à 350 cc. Dans certains cas pathologiques, la capacité vésicale atteint même 2 à 3 litres, sans que la vessie ne se rompe, par suite d'une distension lente et progressive du muscle vésical.

III - ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE -

La vessie se trouve à la partie antérieure de la cavité pelvienne, dans la loge vésicale, située entre la symphyse pubienne en avant, l'appareil génital interne en arrière, le péritoine en haut et le plancher périnéal en bas. La loge vésicale est une loge fibro-séreuse formée au dépens du tissu cellulaire sous-péritonéal que la vessie clive et assouplit par ses mouvements alternés de réplétion et de déplétion. La plus grande partie de ce tissu cellulaire sous-péritonéal forme sur la face antérieure et les faces latérales de la vessie l'aponévrose ombilico-pré-vésicale qui n'est en réalité qu'une lame celluleuse condensée qui tend à se répandre sur les faces latérales et sur la face antérieure de la vessie et qui remonte, tout en se rétrécissant, en haut et en avant, entre les deux artères ombilicales jusqu'au niveau de l'ombilic. Entre la paroi

abdominale antérieure et l'aponévrose ombilico-pré-vésicale se constitue un espace vide appelé espace pré-vésical ou cavité de Retzius.

Latéralement la vessie enveloppée de sa gaine celluleuse se laisse facilement décoller des parois pelviennes. Le tissu cellulaire est densifié autour des vaisseaux, sous la forme de lames cellulo-fibreuses (lames sacro-recto-génito-pubiennes que certains auteurs considèrent comme dépendantes de la gaine hypogastrique).

Ainsi située dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, la vessie présente des rapports qui varient suivant qu'elle est vide ou pleine et suivant le sexe.

La face antérieure de la vessie vide est masquée complètement par la symphyse pubienne, entre elle et la vessie s'interpose la partie correspondante de la cavité de Retzius dans laquelle se trouvent les plans vasculaires pré-vésicaux : un plan antérieur collé à la symphyse pubienne, un plan postérieur adhérent à la face antérieure de la vessie. Lorsque la vessie est distendue au-delà de sa capacité physiologique, la partie toute supérieure de la face antérieure déborde la symphyse pubienne et répond à la paroi abdominale antérieure et la réflexion du cul-de-sac péritonéal pré-vésical. Plus en dehors la face antérieure de la vessie en réplétion confine au plan profond de la région crurale ainsi qu'à la région inguinale.

Les faces latérales de la vessie sont longées par les artères ombilicales. Au niveau de ces faces latérales, le péritoine de la face supérieure se réfléchit pour tapisser la paroi latérale du pelvis.

La face supérieure répond, par l'intermédiaire, du péritoine aux anses grêles et au côlon pelvien. En particulier chez la femme, elle répond au corps de l'utérus.

La face postéro-inférieure ou base se divise en deux segments :

- segment inférieur ou région du col (répondant à la prostate chez l'homme, à la paroi vaginale antérieure chez la femme),
- segment supérieur correspondant chez l'homme aux vésicules séminales et aux canaux déférents, chez la femme au col utérin et à la paroi vaginale antérieure (le trigone vésical de Lieutaud correspond au triangle de Pawlik du vagin).

Contrairement aux autres faces qui sont plus ou moins mobiles, la base vésicale constitue la partie fixe, immobile, toujours pelvienne, la vessie basse des urologues.

IV - INNERVATION ET VASCULARISATION DE LA VESSIE. -

Les artères de la vessie, fort nombreuses, proviennent directement ou indirectement de l'artère hypogastrique.

Schématiquement on distingue :

- les vésicales supérieures, fournies par la portion perméable de l'artère ombilicale, irriguent la partie supérieure (allantoïdienne) de la vessie.
- Les vésicales inférieures, provenant de l'artère hypogastrique soit directement, soit par l'intermédiaire du tronc génito-vésical de Farabeuf, vascularisent le bas-fond vésical et les faces latérales.
- Les vésicales postérieures viennent de l'hémorroïdale moyenne ou de l'utérine, se distribuent à la face postérieure du bas-fond vésical.

Toutes ces artères s'anastomosent largement à la surface de la vessie en un réseau péri-vésical, qui donne un réseau sous-muqueux d'où part un réseau muqueux. La distribution vasculaire est inégale : la région du bas-fond et du col est la mieux vascularisée.

Les veines suivent trois voies de drainage : en avant par le plexus de Santorini, latéralement par le plexus vésico-prostatique ou vésico-vaginal, en arrière par le plexus séminal ou utéro-vaginal. Tous ces différents plexus veineux se jettent directement ou indirectement (par la veine honteuse interne) dans la veine hypogastrique.

Les lymphatiques de la vessie, quelle que soit leur origine, se portent à la surface extérieure de l'organe pour former le réseau péri-vésical. Les collecteurs qui s'en échappent suivent les trajets les plus divers (antérieurs, postérieurs, latéraux) pour aboutir en définitive aux trois groupes de ganglions suivants : les ganglions iliaques externes, les ganglions hypogastriques et les ganglions du promontoire.



Les nerfs, fort nombreux, émanent de deux sources :

- du plexus hypogastrique de LEE et FRANKENHAUSER,
- des branches antérieures des 2^e, 3^e et 4^e nerfs sacrés.

Ces nerfs abordent la vessie par ses faces latérales (nerfs latéraux de la vessie) et par sa face postérieure (nerfs postérieurs).

Ainsi l'innervation de la vessie dépend à la fois du système sympathique et du système parasympathique. Les nerfs nés du ganglion hypogastrique contiennent des fibres de l'une et de l'autre origine. Ces fibres sont les unes sensibles, les autres motrices. Parmi ces dernières, les unes agissent sur le système sphinctérien qui ferme la vessie, tandis que les autres commandent le détrusor chargé de l'évacuation de la vessie.

On admet actuellement que les fibres centripètes de la sensibilité vésicale sont à la fois sympathiques (nerfs hypogastriques) et parasympathiques (nerfs érecteurs d'Ekart). Quant aux voies motrices, les nerfs érecteurs assurent l'activité du détrusor, tandis que les nerfs hypogastriques, par ses rameaux nés de la chaîne sympathique sacrée, tiennent sous leur contrôle la motricité du sphincter lisse de la vessie.

V - STRUCTURE DES PAROIS VESICALES -

Les parois vésicales mesurent de 8 à 15 mm. d'épaisseur à l'état de vacuité de l'organe, 3 ou 4 mm. seulement à l'état de plénitude. Elles se composent essentiellement de trois tuniques concentriques : une tunique externe ou séreuse, une tunique interne ou muqueuse, une tunique moyenne ou musculaire, la plus importante.

a - La séreuse vésicale est une dépendance du péritoine. Le péritoine vésical ne recouvre pas entièrement toute la surface extérieure de la vessie, mais seulement sa face postérieure et la partie la plus élevée de ses faces latérales. De la vessie il se réfléchit sur :

- en avant, la paroi abdominale antérieure, en formant un cul-de-sac pré-vésical, variable suivant l'état de distension de la vessie,
- à droite et à gauche sur les parois latérales correspondantes de l'excavation pelvienne, formant de chaque côté un cul-de-sac latéro-vésical,

- en arrière, sur le rectum chez l'homme (cul-de-sac vésoci-rectal), sur l'utérus chez la femme (cul-de-sac vésico-utérin).

L'adhérence entre le péritoine et la paroi vésicale sous-jacente est assez intime, sauf sur la partie la plus déclive de la face postérieure, au voisinage du rectum chez l'homme et de l'utérus chez la femme, où l'adhérence est moins marquée que dans les autres régions (clivage pour péritonisation après amputation du rectum ou après hystérectomie).

b - La muqueuse tapisse toute la surface intérieure de la vessie. Au niveau des méats urétéraux et du col vésical, elle se continue avec la muqueuse des uretères et de l'uretère. A l'état de vacuité vésicale, la muqueuse présente un certain nombre de plis, qui s'effacent au fur et à mesure que le réservoir se remplit.

c - La musculieuse est formée de fibres disposées **en** trois couches concentriques. Son épaisseur varie avec le degré de distension du réservoir urinaire, et elle est moindre au niveau du dôme qu'à la base.

- La couche externe, ou couche superficielle, est formée de fibres longitudinales, dirigées suivant l'axe vertical de la vessie. Cette couche est beaucoup plus mince que la couche moyenne.

- La couche moyenne est constituée de fibres circulaires qui se superposent régulièrement du sommet de la vessie à sa base. Arrivée au niveau du col, cette couche s'épaissit graduellement et forme le sphincter lisse de l'urètre.

- La couche interne est formée de faisceaux longitudinaux, rubannés, qui descendent du sommet de la vessie vers la région du col. Ces faisceaux, clairsemés, sont peu développés chez l'enfant, mais ils s'accroissent avec l'âge et peuvent s'hypertrophier chez les sujets âgés, donnant l'aspect aréolaire des vessies à colonnes. La musculature du trigone provient des fibres musculaires de l'uretère. Ces fibres traversent le mur vésical avec les uretères puis s'irradient soit en bas vers l'orifice urétral, formant les côtés du trigone (muscles de Bell), soit transversalement formant la barre inter-urétrale (barre de Mercier). La musculature du trigone de la femme est en général moins développée que celle de l'homme.

VI - LES POINTS FAIBLES -

Tous les auteurs reconnaissent que le point faible normal de la musculature vésicale se trouve en zone couverte de péritoine, sur le segment supérieur de la calotte.

STUBENRAUSCH (1895) a fait des expériences sur cadavres et animaux en gonflant d'eau la vessie jusqu'à éclatement. Cet auteur a trouvé que le liquide intra-vésical étant non compressible, toute force appliquée à un point quelconque de la vessie produira une augmentation de pression qui est répartie uniformément sur toutes les faces. La rupture se fera donc à la zone la plus faible. Cette zone semble être la paroi postéro-supérieure de la vessie.

- Sur cette zone, la texture musculaire faite de fibres musculaires peu serrées amoindrit sa résistance,
- la vessie, quand elle se dilate, bombe surtout vers le haut,
- les autres parois sont protégées par les tissus et les organes environnants, tandis que la calotte n'est recouverte que de péritoine.

BERENDT (1898) a fait aussi des expériences sur cadavres et a classé les zones fortes et faibles de la vessie dans l'ordre suivant :

- zone trigonale : la plus forte,
- zone en regard des trous obturateur,
- zone antérieure, rétro-pubienne,
- zone du dôme : la plus faible.

Nous avons fait une série d'expériences sur chiens. En choisissant des chiens de taille différente, nous avons recherché, en créant une rupture vésicale provoquée, quel est le siège habituel de la rupture.

Sous anesthésie générale au Pentothal injecté au moyen d'un petit cathéter en polythène mis à demeure dans une veine de la jambe du chien, la vessie du chien est cathétérisée par 1 sonde puis remplie de sérum artificiel. Nous ajoutons progressivement de sérum pour gonfler la vessie jusqu'à éclatement. Il nous faut employer une grosse seringue et la pression doit être considérable pour faire pénétrer l'eau dans la vessie. Quand la rupture vésicale se produit, l'injection d'eau devient brusquement très aisée et la quantité d'eau retirée par la sonde est nettement inférieure à celle injectée. Nous injectons ensuite 100 cc.

d'iodone 75 % dans la vessie et nous prenons quelques radiographies. Les images fournies sont celles d'une rupture intra-péritonéale (extravasation et diffusion du liquide opaque au-dessus de la collection pelvienne). Nous faisons ensuite une laparotomie du chien pour repérer le siège de la rupture. Dans quatre cas nous avons trouvé que la fente vésicale se trouve au dôme vésical, à direction antéro-postérieure. Dans l'abdomen du chien, se trouve une quantité plus ou moins abondante de liquide épanché. Le point faible de la vessie du chien se trouve donc au dôme.

§ 2 - RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

I - PHYSIOLOGIE DES CONTRACTIONS VESICALES -

Le point important qui a soulevé beaucoup de débats, c'est la part de chacun des deux systèmes nerveux sympathique et parasympathique dans la physiologie des contractions vésicales. Ces deux systèmes donnent ensemble à la vessie l'activité motrice du détrusor est assurée par les nerfs érecteurs, parasympathiques, tandis que celle du sphincter interne est donnée par nerfs hypogastriques, sympathiques) ce qui laisse supposer une activité en quelque sorte "alternée" pour la vessie.

Cette activité se présente sous deux aspects : l'un est purement réflexe, l'autre au contrôle de la volonté

L'activité réflexe de base dépend de la distension vésicale, le détrusor répond par des contractions à la distension de la paroi vésicale.

Cette activité réflexe peut être modifiée ou même inhibée volontairement. Elle joue cependant un rôle important dans les vessies neurogéniques autonomes ou automatiques c'est-à-dire les vessies dont l'innervation motrices a été détruite, soit au niveau des nerfs érecteurs soit au niveau de la moelle respectivement. Après une période de paralysie transitoire, ces vessies peuvent se vider automatiquement quand le détrusor reprend son activité réflexe.

II - PHYSIOLOGIE DE LA MICTION -

La miction se résume dans la contraction du détrusor puis l'ouverture du sphincter interne, ce qui permet l'écoulement de l'urine.

La miction est volontaire chez l'homme. Mais quel est le mécanisme qui

détermine la contraction du détrusor, acte essentiel dans la miction ? Les physiologistes ont eu de la peine à résoudre cette question.

Certains ont eu recours à la cystométrie dans la recherche du déterminisme de la miction. Mais la cystométrie ne peut qu'enregistrer les contractions vésicales, elle ne peut pas expliquer comment et pourquoi la vessie s'est contractée. Cette lacune dans la connaissance du premier stade de la miction volontaire est ensuite comblée par l'hypothèse qui admet que l'homme peut faire contracter volontairement le détrusor. Mais celui-ci étant un muscle lisse, on ne peut pas accepter cette hypothèse qui fait du détrusor une exception biologique, suivant le terme de S. RICHARD MUELLNER.

Plus tard, MUELLNER et FLEISCHNER sont arrivés à démontrer que l'homme possède un mécanisme spécial pour induire les contractions vésicales dans la miction volontaire. Ces auteurs ont observé sous radioscopie les vessies remplies de substance opaque au début de la miction. Ils ont constaté une descente du col vésical au premier temps de toute miction, ce mouvement sert de stimulus pour provoquer la contraction du détrusor qui se fait en vagues s'étendant du col à la base vésicale, aux faces latérales puis au dôme. Et la contraction du détrusor fait relâcher le sphincter interne (DENNY BROWN, ROBERTSON). Ces découvertes ont été confirmées ensuite par BENJAMIN. La descente du col vésical est due au relâchement des muscles releveurs de l'anus, muscle strié soumis à la volonté. De même l'arrêt volontaire de la miction est dû, pour MUELLNER et FLEISCHNER, au phénomène inverse : ces auteurs ont constaté sur l'écran radioscopique que l'interruption du jet urinaire est le résultat d'une ascension du col vésical qui entraîne le relâchement rapide du détrusor.

Ces observations sont d'une grande portée philosophique et pratique. Du point de vue philosophique elles évitent pour nous d'admettre le contrôle volontaire du détrusor qui est un muscle lisse. Du côté pratique elles permettent de rattacher beaucoup d'anomalies mictionnelles aux troubles dans le fonctionnement des releveurs de l'anus. Par exemple, un carcinome de la prostate fixant le col vésical entravera le mécanisme de la miction, celle-ci prendra le type automatique (le malade ne peut ni la commencer ni l'arrêter de façon volontaire).

C H A P I T R E I I I

DEFINITION ET MISE AU POINT

I - LE TERME RUPTURE -

D'après STONE, rupture vésicale signifie l'évacuation du contenu de la vessie dans une cavité close, c'est-à-dire dans le péritoine, ou dans l'espace péri-vésical.

Cependant si l'on attache une importance capitale, à l'étanchéité du réceptacle où sera déversé l'urine, c'est trop rétrécir le champ du concept rupture, il n'y a aucune raison pour exclure l'évacuation du contenu vésical dans les autres viscères (rectum, vagin) ou à la peau. C'est toujours une paroi vésicale qui est anatomiquement perforée, rompue. Donc sous le terme rupture, nous désignons une solution de continuité des parois vésicales, que le contenu soit déversé dans le péritoine (rupture intrapéritonéale), dans l'espace péri-vésical (rupture extra-péritonéale), dans un organe pelvien (fistule vésico-rectale, vésico-vaginale), ou à la peau (fistule hypogastrique, fistule inguinale...)

II - LE TERME SPONTANEE -

Spontanée s'oppose à traumatique. Donc nous devons éliminer de l'étiologie des ruptures vésicales spontanées tout facteur traumatique, si léger soit-il :

1 - Traumatisme d'origine urologique -

- Remplissage de la vessie pour cystographie rétrograde (WOLFROM, RYSEK), ou pour endoscopie (Nève).
- Manoeuvres endoscopiques : cystoscopie (Martin), résection endoscopique, fulguration, lithotritie.

- Cathétérisme (RITEI et CTIS)
- Cathéter à demeure (FERGUSSON)
- Introduction de corps étrangers dans la vessie par acte criminel ou par déviation sexuelle.

2 - Traumatisme chirurgical -

Par exemple incarcération puis rupture de la corne vésicale dans le canal inguinal après cure herniaire (LUCHS).

3 - Traumatisme obstétrical ou gynécologique -

- Accouchement difficile (Stone) où entrent en jeu les facteurs compression (d'où obstruction) et laminage (traumatisme).
- Opérations laborieuses sur ovaires ou utérus, où le décollement altère et blesse la paroi vésicale.
- Fistules ischémiques du col vésical, dues à la forte compression du col contre la symphyse pubienne par des parties foetales (Cabanié).

La vessie peut-elle se rompre spontanément, sans offense externe, par simple distension ? Les auteurs sont très partagés quant au problème des frontières de la spontanéité :

- RUVEILHIER disait : "Je ne connais pas d'exemple de rupture vésicale vraie par le seul fait de la sur-distension.
- Par contre RIVINGSTONE reconnaissait que la contraction violente des muscles de l'abdomen, exercée sur une vessie en surdistension peut écarter les fibres musculaires du détrusor et provoquer une rupture.
- Entre ces 2 opinions extrêmes, GROSELE constatait "la rupture spontanée de la vessie peut se produire s'il existait déjà une maladie au niveau de la paroi vésicale". De même DUPUYTREN notait : "La vessie peut se rompre spontanément quand il y a un obstacle au passage des urines".

Dans certains cas, la vessie peut se rompre spontanément, sans efforts mictionnels, par simple distension : nous pouvons donner à cette catégorie de rupture la terminologie rupture idiopathique.

De ces différentes controverses, nous pouvons déduire la définition suivante pour la rupture vésicale spontanée :

La rupture vésicale est dite spontanée quand, sans traumatisme, la vessie éclate sous l'effet d'une cause inhérente à la vessie elle-même, c'est-à-dire uniquement par altération anatomique ou trouble physiologique.

En dernier lieu, dans les cas où la rupture vésicale se fait dans un organe pelvien (fistule vésico-rectale ou vésico-vaginale) ou à la peau, nous n'acceptons le terme rupture spontanée que si le point de départ de la lésion est vésical.

Par conséquent est éliminée aussi de ce chapitre toute cause pathologique extrinsèque dont le processus s'étend de proche en proche vers la vessie et la fait perforer :

- Processus pathologique venant des organes pelviens (tumeur utérine, tumeur du rectum, tumeur des ovaires ...)
 - Processus pathologique venant des os de la ceinture pelvienne (tumeur osseuse, ostéite ou ostéomyélite, ostéoarthrite...).
 - Processus pathologique venant des muscles abdominaux ou dorsaux (abcès de la paroi abdominale (COUTINO), psoïtis (LIDS KI)).
-

CHAPITRE IV

ETIO-PATHOGENIE DES RUPTURES VESICALES SPONTANÉES

Après avoir défini dans le chapitre précédent, le terme "Rupture vésicale spontanée", nous arrivons, conformément à cette définition et par élimination, à en déterminer les principales causes que nous classons en 5 chapitres résumés dans le tableau suivant :

I - RUPTURE PAR LÉSIONS PATHOLOGIQUES (primitives) de la paroi vésicale).

1) Cystites -

- cystite interstitielle (ulcère de HUNNER, ulcère simple)
- cystite syphilitique
- cystite banale
- cystite tuberculeuse

2) Infiltration et dégénérescence graisseuse de la paroi :

3) Tumeur vésicale : papillome, carcinome, fibrosarcome, léiomyome, léiomyosarcome.

4) Diverticule vésical

II - RUPTURE PAR OBSTRUCTION CERVICO-URETRALE -

- utérus gravide en rétroversion
- fibrome utérin enclavé dans le pelvis
- rétrécissement de l'urètre
- adénome de la prostate
- carcinome de la prostate
- rétrécissement hypertrophique du col vésical
- rétrécissement du méat urétral (phimosi...)
- Imperforation du méat urétral
- spasme urétral

III - RUPTURE PAR CALCUL VESICAL -

IV - RUPTURE DE VESSIE NEUROGENIQUE -

- vessie du tabétique
- vessie du paralytique général
- vessie du dément
- vessie paralytique par traumatisme de la colonne vertébrale
- vessie paralytique par lésions nerveuses diverses.

V - RUPTURE IDIOPATHIQUE PAR :

- débauche d'alcool
- contraction des muscles abdominaux à l'effort
- absence de causes évidentes

Nous allons étudier successivement ces différentes étiologies, et la relation de cause à effet qui rattache chacune d'elles à la rupture vésicale. Nous nous basons sur le travail publié par les docteurs NGO-GIA-HY, TRAN-SI-DON et VU-VAN-NGUYEN (Revue de l'Ecole de Santé Militaire du VIET-NAM n° 3 - 4 : 108 - 1962) dans lequel les commentaires judicieux sur les principales causes de rupture vésicale spontanée nous sont d'un grand secours pour écluder ce chapitre.

I - RUPTURE PAR LESIONS PATHOLOGIQUES DE LA PAROI VESICALE -

Les altérations inflammatoires, les dégénérescences graisseuses ou néoplasiques, les diverticules des parois vésicales réalisent des endroits de moindre résistance et la vessie peut se perforer par destruction progressive de ses tuniques ou se rompre sous l'action d'une exagération de pression endo-vésicale (rétention, miction ...)

1 - Cystites -

a - Cystite interstitielle (ulcère simple des anciens français ou ulcère de HUNNER). Le premier cas de perforation a été rapporté par MERCIER (1836) qui, ainsi, bien avant HUNNER (1914) a signalé la maladie. La perforation vésicale par ulcère de HUNNER est relativement rare : BURFORD (1958) en signalait un seul cas dans une série de 187 perforations.

Selon MOMBARTS, cette affection est caractérisée par l'infiltration sous-muqueuse d'oedème et de lymphangite, par la diffusion à toutes les tuniques de la paroi vésicale et par la transformation sclérosante qui marche de pair avec l'ulcération épithéliale dystrophique. MOMBARTS donne à cette maladie le nom "cystopathie interstitielle ulcéro-fibrosante", et pense que c'est le processus ulcéro-fibrosant qui favorise la perforation.

Pour CASTAIGNE, OLIVIER et POWELL, l'ulcère de HUNNER a une même pathogénie que l'ulcère gastro-duodénal (embolie ou thrombose artérielle) d'où : muqueuse absolument saine en dehors de l'ulcère, d'où nécrose aseptique qui provoque la rupture.

b - Cystite syphilitique : la localisation de la syphilis tertiaire au niveau de la vessie est rare. La forme ulcéro-gommeuse semble se perforer plus facilement que l'ulcère.

c - Cystite banale : Toute cystite détermine l'altération de la paroi vésicale (oedème, nécrose, quelquefois gangrène) et l'irritabilité vésicale. A toute distension, la vessie réagit par des contractions fréquentes et violentes. Mais la cystite détermine aussi un spasme du sphincter et cette dysharmonie entre le col et le détrusor peut déterminer la rupture vésicale.

d - Cystite tuberculeuse : La vessie de cystite chronique d'origine tuberculeuse présente une paroi vésicale épaissie, dont les fibres musculaires sont dissociées ou étouffées par le processus de sclérose. La capacité vésicale est fortement diminuée et aboutit régulièrement à ce qu'on appelle la micro-vessie. La rupture vésicale est plutôt rare ici : en 35 ans, sur 500 cas de tuberculose rénale chronique, EDELMAN ne trouvait qu'un cas de rupture spontanée de la vessie.

Parfois la cystite tuberculeuse détermine des zones d'ulcérations qui sont autant de points de moindre résistance. Ces ulcérations se trouvent soit dans les cas à germe particulièrement virulent, résistant aux antibiotiques, soit dans les cas où se surajoute l'infection banale qui peut effacer les caractères spécifiques de l'ulcère tuberculeux : les germes associés peuvent provoquer la perforation qui se présente sous l'aspect d'une nécrose banale, sans cellules géantes.

La sclérose du col, l'irritabilité particulière de la muqueuse, la surdistension brusque peuvent faire éclater les vessies tuberculeuses de lutte. Couvelaire pense encore que la rétention vésicale peut jouer un rôle dans la rupture et qu'elle serait due chez les tuberculeux à l'atteinte du centre vésico-spinal par suite d'une méningite ou d'une spondylite tuberculeuse.

2 - Dégénérescence ou infiltration graisseuse de la paroi vésicale -

L'infiltration graisseuse peut envahir soit seulement les espaces entre les fibres musculaires, soit les fibres musculaires elles-mêmes. Elle a été décrite la première fois par SAPHIR et SAPHIRO et elle peut favoriser la rupture vésicale en réduisant la résistance du détrusor tellement qu'une cause d'apparence qu'une cause d'apparence banale comme la distension exagérée peut faire éclater la vessie. Pour BITCHALS, SICH et WEAR, KOELLIKER, cette affection est semblable à l'infiltration du myocarde.

La dégénérescence graisseuse des cellules vésicales (GUDYNSKI) agit comme un processus de destruction. La graisse envahit les cellules qui normalement n'en contiennent pas. La paroi vésicale perd son élasticité et est transformée en une couche de graisse facilement dissociée et rompue.

3 - Tumeur vésicale -

Les tumeurs infiltrantes, squirrheuses de la vessie la perforent rarement. La rupture vésicale ne s'observe qu'en cas de tumeurs proliférantes où il y a nécrose aseptique (PETKOVIC) ou septique (infection secondaire) de la paroi vésicale. BILGER et MULLER pensent que quand le cancer squirrheux se localise au voisinage du col, il peut le transformer en tissu scléreux et la dysectasie fonctionnelle peut prédisposer à la rupture.

4 - Diverticule vésical -

Le diverticule vésical, malgré sa minceur, peut résister à la distension vésicale dans les limites de la capacité physiologique. La rupture sera due soit à un facteur d'obstruction vésicale surajouté, soit à une ulcération ou une cystite, et dans quelques cas rares, à un amincissement exagéré de la paroi diverticulaire.

II - RUPTURE VESICALE PAR OBSTRUCTION CERVICO-URETRALE -

Tous les processus formant obstacle au niveau du col ou de l'urètre, ou capables de troubler la libre ouverture du sphincter à la contraction du détrusor prédisposent à la rupture selon un mécanisme qui se comprend tout seul : en luttant contre l'obstacle, la vessie se laisse distendre au-delà de ses limites physiologiques, les fibres musculaires tendues sont mal nourries, amincies et il suffit d'un effort musculaire d'une certaine violence pour provoquer la rupture vésicale.

- Chez la femme, l'utérus gravide en rétroversion et le fibrome utérin enclavé dans le Douglas constituent des facteurs d'obstruction assez étanches. Cependant l'augmentation de volume de l'utérus peut jouer par compression (facteur traumatique) d'où ischémie, troubles trophiques qui favorisent la rupture vésicale. L'obstruction n'est donc pas seule en cause, il s'y ajoute la compression mécanique traumatique qui fait que cette variété de rupture vésicale n'est pas purement spontanée.

- Chez l'homme, le principal facteur d'obstruction est dévolué au rétrécissement de l'urètre (rétrécissement d'origine gonococcique ou traumatique, où après adénomectomie) et à l'adénome prostatique.

LEGUEN, et HEITZ-BOYER ont montré qu'à côté de l'obstruction mécanique, la perturbation fonctionnelle du sphincter par l'adénome (dysectasie) avait une part fréquente et prépondérante dans la dysurie prostatique. Un cas curieux d'obstruction du col vésical par papillome mérite notre attention (cas de Macalister 1955), de même celui d'obstruction du méat urétral par phimosis serré chez un enfant de 2 ans (cas de TALBOY 1909).

HAMMOND, en 1958 a rapporté un cas de rupture intrapéritonéale spontanée de la vessie chez un homme jeune de 21 ans, présentant un spasme de l'urètre au cours d'une gonococcie aiguë.

L'urètre peut être encore obstrué par des valvules, ou diverticules, par une tumeur ou un calcul enclavé, mais on n'enregistre pas de rupture vésicale provoquée par ces lésions.

Chez le fœtus, la rupture intrautérine de la vessie peut être due soit à une sténose congénitale de l'urètre, soit à une interforation du méat urétral (cas de NING).

III - RUPTURE PAR CALCUL VESICAL -

Le calcul peut jouer par obstruction (au col ou de l'urètre) et il peut être déversé dans le groupe II des étiologies. En réalité il y a complexité de causalité car :

- la lithiase détermine constamment la cystite qui peut être très grave,
- Les gros calculs durs, occupant presque la totalité de la cavité vésicale, peuvent altérer la paroi vésicale par compression : sous une muqueuse oedématiée, le détrusor en contracture se colle à la surface souvent épineuse de la pierre.

IV - RUPTURE DE VESSIE NEUROGENIQUE -

- Chez les tabétiques, les paralytiques généraux, les polio-myélitiques, la rupture vésicale relève d'un complexe de troubles sensitifs et moteurs.

L'hypersensibilité du début fait place rapidement à une anesthésie vésicale, alors que le sphincter interne devient hypertonique. La vessie, par suite de la perte de sensibilité, se laisse distendre démesurément, sa paroi s'amincit de jour en jour et elle doit encore lutter contre l'obstacle cervical que constitue le sphincter lisse hypertonique. Le détrusor peut ainsi éclater à un moment donné, d'autant plus qu'il peut être le siège de dégénérescence graisseuse et résiste mal à la distension.

Ce n'est qu'à la période terminale que le sphincter lisse devient atonique et laisse un col béant (signe de Schramm).

- Chez les paralytiques généraux, la vessie peut présenter, d'après EDEL, une dégénérescence hyaline du détrusor et éclate sous distension.

- Dans la vessie paralytique par traumatisme médullaire, au stade de flaccidité correspondant à la sidération médullaire, le détrusor et la contraction du sphincter interne exposent la vessie à la rupture suivant le même mécanisme que dans le tabès.

Au stade chronique (stade de spasmodicité) la vessie est spastique (vessie autonome) avec hyperactivité réflexe du détrusor, elle doit lutter contre le sphincter en contraction exagérée ou contre le col sclérosé et la rupture peut se produire.

Toutefois, le plus souvent la pression intravésicale finit par forcer le sphincter et le malade urine par regorgement.

Enfin chez les déments, de véritables tétanies vésicales peuvent être observées.

V - RUPTURE VESICALE IDIOPATHIQUE -

La rupture vésicale après une débauche d'alcool peut s'expliquer comme celle des vessies tabétiques : diminution et même perte de la sensibilité vésicale, paralysie et distension vésicale aiguë, d'autant plus que la sécrétion rénale est fortement augmentée après une débauche d'alcool. De plus l'intoxication

alcoolique chronique entraîne des lésions d'atrophie et de dégénérescence de la paroi vésicale et les fibres musculaires présentent un amincissement par distension chronique.

L'agent déterminant de la rupture vésicale sera la contraction violente des muscles de la paroi abdominale exerçant une surpression au contenu vésical. PELKONEN a cité le cas où la vessie éclate quand dans son sommeil l'homme ivre se tourne pour se coucher sur le ventre.

De l'avis des auteurs, la rupture idiopathique est due en grande partie à la débauche de boissons alcooliques :

- STUBERNRAUCH	35 % des cas
- PELKONEN	43,7 % des cas
- STEVENS	50 % des cas
- REFORT	70 % des cas.

Chez un sujet sain, non en état d'ivresse, l'action unique des contractions abdominales à l'effort peut comprimer fortement la vessie et la faire éclater.

Nous avons ainsi noté dans notre collection des ruptures vésicales après effort pour soulever une barre de fer, pour monter une échelle, ou pour se lever.

Enfin, après avoir éliminé les cas douteux, on a signalé des cas où sans effort musculaire, sans obstacle ou lésion de la paroi, sans troubles nerveux, la vessie peut se rompre. Nous nous demandons s'il n'existe pas une cause non apparente qui a échappé à l'observation, car il est difficile d'imaginer la rupture vésicale au moment où la vessie n'est pas en distension, quand le sujet ne sent pas le besoin impérieux d'uriner.

CH A P I T R E V

ETUDE STATISTIQUE GENERALE

I - SEXE -

La rupture vésicale est de loin plus fréquente chez l'homme adulte que chez la femme et l'enfant.

MITCHELL constate la prédominance de l'homme sur la femme dans les proportions de 18 à 1. Quant à nous, nous avons trouvé un pourcentage :

- de 2 à 1 dans nos cas personnels (6 cas, dont 2 femmes),
- de 3 à 1 dans les observations publiées par les auteurs étrangers (226 cas, dont 172 hommes).

Cette différence peut s'expliquer par la fréquence plus élevée des tumeurs vésicales, de la lithiase, des vessies neurogéniques chez l'homme. De plus chez la femme, l'ampleur du bassin, la plus grande extensibilité de la vessie, la brièveté de l'urètre permettant une évacuation rapide des urines sont un obstacle à la rupture. Chez l'enfant, la souplesse et l'élasticité des tissus, la fréquence et la facilité des mictions protègent la vessie contre la rupture.

II - AGE -

La rupture vésicale s'opère en général chez les sujets âgés. La fréquence augmente avec l'âge. Sur 190 cas recueillis dans les publications étrangères et dont l'âge est bien déterminé, nous observons la répartition suivante des malades en fonction de l'âge.

REPARTITION DE 190 CAS DE RVS

(publications étrangères) suivant l'âge

Âge	Nombre de cas	Pourcentage
0 - 20 ans	10	5,2 %
21 - 30 ans	29	15,2 %
31 - 40 ans	36	19 %
41 - 50 ans	41	21,6 %
51 - 60 ans	41	21,6 %
au-dessous de 60 ans	33	17,4 %
<u>TOTAL :</u>	190 cas	100 %

La fréquence la plus élevée se trouve en 40 et 60 ans ; sur nos 6 observations personnelles, la répartition est à peu près semblable avec un maximum chez les adultes.

REPARTITION DE 6 CAS PERSONNELS SUIVANT L'AGE

Ag	Nombre de cas	Pourcentage
0 - 20 ans	1	16,6 %
21 - 30 ans	1	16,6 %
31 - 40 ans	2	33,3 %
41 - 50 ans	0	
51 - 60 ans	2	33,3 %

La majorité des cas de rupture vésicale s'observe donc chez les sujets adultes. Ceci s'explique par la correspondance de cet âge avec des affections

qui sont à l'origine de la rupture vésicale : tumeur, adénome, tuberculose, gonococcie, débauche d'alcool, etc... Les cas de rupture vésicale survenus chez les sujets jeunes (0 - 20 ans) sont dus presque exclusivement à la tuberculose ou à la lithiase. Un seul cas curieux est rapporté par TALBOY en 1909 : rupture vésicale par phimosis serré chez un jeune enfant de 2 ans.

III - RUPTURE INTRAPERITONEALE ET RUPTURE EXTRAPERITONEALE -

La statistique de STONE fournit de précieux renseignements sur le type et le siège de perforation vésicale que l'on peut rencontrer.

On sait que toute rupture vésicale spontanée est due en grande partie soit à la présence d'une lésion pathologique de la paroi vésicale, soit encore à un facteur obstructif, chronique ou parfois purement temporaire et qui constitue un obstacle à l'évacuation normale de la vessie. D'après BILGER et MULLER, les lésions de caractère destructif amènent surtout des ruptures à siège extrapéritonéal. Celles de caractère obstructif, provoquant par conséquent une surdistension vésicale, s'accompagnent le plus souvent de rupture intrapéritonéale, avec prépondérance au sommet ou sur la face postéro-supérieure de la vessie, zone faible de la musculature vésicale et aussi zone la moins soutenue par les structures environnantes. Cependant cette règle n'est pas toujours observée et dans les ruptures par lésion pathologique de la paroi, la perforation peut se faire n'importe où, et son siège dépend uniquement de celui de la lésion pathologique sur la paroi vésicale.

Ainsi dans une étude synoptique de 263 observations recueillies des publications étrangères et classées suivant l'étiologie et suivant le siège intra, ou extra-péritonéal de la rupture vésicale spontanée, nous avons constaté une prédominance très nette des ruptures intra-péritonéales dans presque toutes les catégories d'étiologie. Seuls les calculs vésicaux donnent plus de ruptures extrapéritonéales, probablement à cause de leur siège qui se trouve le plus souvent au trigone vésical.

Dans les autres catégories d'étiologie, la rupture est la conséquence soit d'une distension brusque, soit d'une usure progressive de la paroi vésicale et le siège de la rupture est presque toujours localisé à la zone faible de la musculature vésicale, c'est-à-dire à la face postéro-supérieure.

ETIOLOGIE DE LA RUPTURE	Nombre de cas	
	R. intrapérito- néale	R. extra-périto- néale
Lésion pathologique de la pa- roi vésicale (ulcère, cystite, tumeur, diverticule).	77	28
Obstruction cervico-urétrale (rétrécissement de l'urètre, adénome prostatique, rétro- version utérine).	43	24
Calcul vésical	3	12
Vessie neurogénique (tabès, PG, démence, paralysie vési- cale).	18	4
Rupture idio-pathique (débau- che d'alcool, contraction ab- dominale, distension simple).	45	7

CHAPITRE VI

ETUDES PATHOLOGIQUES

I - SIEGE DE RUPTURE -

La rupture vésicale spontanée n'a pas de siège électif. En général, elle se produit au lieu de moindre résistance. Dans les ruptures par distension chronique, le siège se trouve de préférence à l'endroit où la paroi est la plus distendue, à savoir sur la paroi postéro-supérieure. Les lésions détruisant ou affaiblissant la paroi déterminent des ruptures intra ou extrapéritonéales suivant leur siège.

La statistique de STONE portant sur 42 cas (1931) montre les rapports entre le siège de rupture et l'étiologie :

	Variété de la rupture	
	Intra-péritonéale	Extra-péritonéale
- Lésions obstructives	15	6
- Lésions pathologiques de la paroi vésicale	6	15
<u>TOTAL</u> :	21	21

STONE a fourni encore une statistique sur le siège de la rupture dans deux séries de cas :

La première série comporte 30 cas de rupture intra-péritonéale ; la deuxième 12 cas de rupture extra-péritonéale.

Rupture intra-péritonéale (30 cas)		Rupture extra-péritonéale (12 cas)	
Sommet du dôme sur la ligne médiane	6 cas	Milieu du trigone	1 cas
Au-dessous du dôme sur la ligne médiane	6 cas	Paroi antérieure	1 cas
Paroi postéro-inférieure (bas fond)	2 cas	Près des orifices urétéraux	2 cas
Paroi latérale, près du dôme	1 cas		

II - FORME, DIMENSIONS, DIRECTION DE LA FENTE -

L'aspect de la rupture est variable et peut aller de la simple solution de continuité à une perte de substance proprement dite. Les dimensions vont de 1 à 5 cm., mais peuvent atteindre 10 à 12 cm. Dans les ruptures par surdistension, l'aspect de la fente vésicale est surtout conditionné par la disposition des faisceaux musculaires : le plus souvent c'est une simple fente linéaire, à direction antéro-postérieure, rectiligne ou curviligne pouvant s'accompagner d'irradiations.

Cependant dans l'observation de A. MARTIN (1909) une femme gravide avec utérus rétroversé présente une rupture vésicale spontanée à la suite d'un éternuement. La brèche vésicale découverte à l'intervention est horizontale.

CALVERLY en 1916 a rapporté aussi un cas de rupture vésicale chez une femme présentant un utérus gravide rétroversé : la fente vésicale est horizontale et se trouve sur le côté gauche du bas fond vésical.

Dans les ruptures par lésions pathologiques (ulcère, cancer, tuberculose...) c'est souvent un orifice punctiforme à bords plus ou moins nets, ou bien une perte de substance de plus grand diamètre.

BASTABLE, JODE et WARREN (1959) ont enregistré les dimensions de la fente dans 30 cas. Ils ont constaté que la rupture peut varier d'un orifice punctiforme à une fente de plusieurs centimètres de longueur.

Etiologie de la rupture	Nombre de cas	Dimensions de la fente
Tuberculose	7	1 cm. de diamètre
Carcinome	4	1/2 inch. (1 cm. 27)
Cystite	7	2 orifices punctiformes 3 fentes de 0,5 cm. 1 fente de 1 cm. 1 fente de 3 cm.
Surdistension	10	3 fentes de 1 cm. 7 fentes de 8 cm.
Rupture idiopathique	2	Punctiforme

III - QUANTITE DE LIQUIDE EVACUE -

La perforation d'emblée intrapéritonéale permet l'inondation de la cavité péritonéale soit immédiatement, soit en deux temps (abcès intramural ou bouchon muqueux perforé secondairement). Dans la rupture extrapéritonéale, l'épanchement urinaire fusera soit dans la cavité de RETZIUS pour former la collection rétro-pubienne soit vers le bas, dans le pelvis.

Suivant le degré d'infection, tous les aspects d'épanchement peuvent être vus : urine, sang, séro-pus, pus franc, pus avec gaz.

D'après BASTABLE, JODE, WARREN, il n'existe pas de relation entre la quantité d'urine évacuée dans la cavité péritonéale d'une part, et la mortalité, les dimensions de la fente d'autre part.

Seules l'étiologie et l'ancienneté de l'accident peuvent entrer en ligne de compte ; les causes obstructives déterminant la rupture par surdistension peuvent donner un grand épanchement d'urine. De même chez les malades dont le diagnostic de rupture vésicale n'est porté que tardivement, l'intervention découvre plus souvent une grande quantité d'urine épanchée dans le péritoine.

^{ainsi} BASTABLE a enregistré des quantités d'urine variant de 200 m. à 6 l. ou même plusieurs litres.

Par contre le liquide retiré par cathétérisme de la vessie après rupture est variable.

Sur 34 cas, BASTABLE, JODE + WARREN ont noté les chiffres suivants :

- 1 cas : pas d'urine
 - 8 cas : 30 cc.
 - 4 cas : 300 cc.
 - 20 cas : Sang
 - 1 cas : Pus
-

CHAPITRE VII

SYMPTOMATOLOGIE

I - RUPTURES INTRAPERITONEALES -

Le début des accidents est variable.

- La plupart du temps, c'est le drame abdominal aigu classique avec douleur violente du bas-ventre, s'accompagnant de nausées et de vomissements, avec contracture surtout sus-pubienne. L'état général faiblit rapidement et l'évolution peut être fatale dans un court délai.

- La douleur initiale peut exceptionnellement être aberrante. Ainsi dans l'observation citée par TAINSH et LOND, la douleur est épigastrique et elle fait penser à une perforation d'ulcère gastrique. La rupture vésicale (par léiomyome) n'est trouvée qu'à l'intervention.

- Parfois c'est le ballonnement abdominal qui constitue le premier symptôme, il s'accompagne de cyanose dans l'observation relatée par MELINE.

- Quelquefois la rupture débute par une hématurie fatale qui rend tout traitement illusoire (observation de DUVERGEY).

- L'évolution clinique en deux temps est trouvée parfois HERTZBERG et RUDNICKY rapportent une observation intéressante de rupture vésicale en deux temps : après une phase d'irritation péritonéale, les phénomènes aigus s'amendent rapidement. Quelques jours après, à la suite d'une cystoscopie exploratrice, s'est installé un syndrome occlusif. La laparotomie n'a pas montré de lésion vésicale, tandis que l'autopsie a révélé une rupture vésicale extra-péritonéale.

- Le pneumopéritoine est en général absent dans les ruptures vésicales spontanées. Cependant KAPANDJI a rapporté (Mémoire de l'Académie de chirurgie

63 = 130 1937) l'observation d'un malade ivre atteint de rupture vésicale intra-péritonéale, et chez qui l'examen montre matité déclive des flancs et disparition de la matité hépatique. Ce pneumopéritoine s'explique par le sondage vésical après rupture : la pression intra-péritonéale étant négative, le sondage a favorisé l'aspiration de l'air dans la vessie puis de là dans la cavité péritonéale.

- Dans d'autres cas enfin, le début est silencieux. Les abcès formés restent cachés et apparaissent ensuite près de la lésion vésicale ou à distance, pendant que l'état général décline.

II - RUPTURE EXTRAPERITONEALES -

Dans les ruptures extrapéritonéales, apparaît très tôt un endolorissement dans la région sus-pubienne auquel succède bientôt un empâtement de l'hypogastre. Les signes péritonéaux sont en général absents, ce n'est que quand la diffusion gagne le péritoine que l'on observe ballonnement abdominal, vomissements ...

Les ruptures extrapéritonéales peuvent présenter rapidement des signes de cellulite pelvienne, ou de septico-pyohémie.

III - SYMPTOMES COMMUNS -

Dans les deux variétés de rupture vésicale, on trouve les signes communs tels que ténesme, émission très réduite d'urines sanglantes, absence de globe vésical alors que l'urine émise représente un très faible volume. Au toucher pelvien (TV ou TR), une douleur provoquée est en général observée, dès que le doigt exerce une pression antérieure, vers la vessie.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de rupture vésicale spontanée se fait d'après l'examen clinique et les investigations para-cliniques.

Si le diagnostic de la rupture vésicale traumatique est en général facile, il n'est pas de même de celui de la rupture vésicale spontanée. Par l'examen clinique seul, les erreurs de diagnostic sont fréquentes. Ainsi dans la série de 60 observations fournies par BILGER, MULLER, WEIBEL (1952), le diagnostic exact de rupture vésicale n'a été posé que 8 fois, soit dans 13 % de cas. Pour les autres cas :

- 27 fois on a diagnostiqué une péritonite,
- 6 fois on a diagnostiqué une perforation appendiculaire ou intestinale,
- 2 fois on a diagnostiqué un iléus,
- 3 fois on se trouve devant une fistule recto-vésicale,
- 22 fois, on est intervenu ou on a laissé évoluer les symptômes abdominaux sans porter de diagnostic.

Dans les cas où une maladie ancienne du système urogénital a été connue (par exemple une bacillose urogénitale), les symptômes abdominaux aigus peuvent orienter le diagnostic. Quant au siège de la lésion vésicale (rupture intra ou extrapéritonéale) les arguments cliniques sont les suivants :

- en faveur d'une rupture extrapéritonéale : matité sus-pubienne par accumulation d'urine ; empâtement douloureux de la paroi antérieure du rectum au toucher ; émission pendant un certain temps

- d'urine sanguinolente qui, par décollement du péritoine, a formé une cavité annexe à la vessie ; absence de réaction péritonéale,
- en faveur d'une rupture intrapéritonéale : réaction péritonéale plus ou moins accusée, existence dans le cul-de-sac de Douglas d'une collection liquide.

En fait, la différenciation entre ces 2 types de ruptures s'obtient par les moyens d'investigation, surtout par la cystographie rétrograde.

Parmi ces moyens d'investigation, le cathétérisme simple pratiqué prudemment et aseptiquement peut fournir des renseignements intéressants. Dans la plupart des cas, la quantité d'urine recueillie est faible et contient souvent du sang. Si au contraire elle est abondante, trois éventualités peuvent entrer en ligne de compte :

- le siège de la rupture est obstrué par l'intestin, ou l'épiploon empêchant l'urine de se déverser dans la cavité péritonéale,
 - la dimension de la rupture est très importante, ce qui permet le reflux de l'urine dans la vessie par une large communication.
 - le passage dans la cavité péritonéale de la sonde qui ramène le liquide extravasé dans l'abdomen. L. MOREL (1906) en pratiquant le cathétérisme vésical, insiste sur deux caractéristiques cliniques :
- l'immuabilité du contenu vésical dans les ruptures intra-péritonéales. La fente vésicale étant haute, l'urine s'accumule dans la zone inférieure et quand elle atteint la fente, elle se déverse dans le péritoine. D'où le fait que la sonde ramène toujours la même quantité d'urine à des intervalles de temps différents.
 - L'instantanéité de la réplétion vésicale : le blessé étant couché, le cathétérisme ramène une certaine quantité d'urine. On met ensuite le malade debout puis on sonde la vessie : on retire de nouveau la même quantité d'urine. L. MOREL pense que l'urine épanchée dans la cavité péritonéale se déverse dans la vessie quand le blessé est en position debout.

Dr. WEIR a préconisé une méthode d'investigation dans le diagnostic de rupture vésicale : cathétérisme avec injection puis retirement de liquide : le liquide revient en moindre quantité que celle injectée. Cette méthode est cependant condamnée universellement car elle présente plusieurs risques :

- la fente vésicale peut être comblée par des caillots ou par l'intestin, et la quantité de liquide retirée peut être égale à celle injectée.
- la sonde peut être bouchée par les caillots et évacue moins le liquide,
- la sonde peut pénétrer dans la cavité abdominale et la même quantité de liquide est retirée.

WEYRAUCH Jr. et R.A. PETERFY ont pratiqué des brèches vésicales expérimentales sur chiens et, employant cette méthode d'investigation, ont conclu que c'est une test infidèle, sauf dans le cas d'une large fente vésicale. Quand la fente est petite, le liquide injecté doit distendre au maximum la vessie pour provoquer la fuite dans le péritoine.

L'endoscopie n'est guère utile pour le diagnostic de rupture vésicale. La cystoscopie est en effet non seulement dangereuse (risque d'infection par injection de liquide dans la cavité péritonéale), mais encore difficile à réaliser. Le lavage vésical arrive rarement à nettoyer la vessie des caillots et la vision en est par conséquent très mauvaise, une petite rupture peut échapper à l'endoscopie.

C'est à la radiographie que revient le mérite d'un moyen de diagnostic précis et fidèle.

Cette méthode permet d'opacifier la vessie par une substance de contraste, soit par voie descendante (cystographie urographique intraveineuse) soit par voie ascendante (cystographie rétrograde) et de visualiser la fuite de cette substance par la brèche vésicale.

L'urographie intraveineuse est pratiquée par beaucoup d'auteurs, HOLM pense que l'avantage de l'UIV. réside dans le fait que la vessie est remplie lentement, ce qui permet au liquide opaque d'extravaser plus facilement à travers la brèche vésicale. PELKONEN et WILMOTH emploient aussi très souvent l'UIV. comme moyen de diagnostic. Cependant WEENS, NEWMAN et FLORENCE ont publié (1946)

2 cas de rupture vésicale où l'UIV. ne montre aucun signe d'extravasation.

Les auteurs pensent que la cystographie rétrograde est beaucoup plus instructive et plus fidèle que l'UIV, VAUGHAN et RUDNICK (1924) ont introduit la méthode de cystographie à air. Cette méthode consiste à faire passer dans la vessie 400 cc. d'air, et à examiner au fluoéroscope pendant l'injection. La radiographie faite immédiatement après injection montre la présence de bulles d'air dans l'espace périvésical dans les ruptures extrapéritonéales et dans l'espace sous-diaphragmatique en cas de rupture intrapéritonéale. Cette méthode présente cependant le risque d'embolie : PELKONEN (cité par HOLM) a enregistré 34 cas d'embolie sur 791 cystogrammes à air. De plus l'interprétation des clichés est quelquefois difficile en présence des bulles de gaz dans l'intestin.

La cystographie rétrograde à liquide opaque est plus fidèle et plus utile. On peut injecter de 40 à 60 cc., lipiodol stérile 40 %, mélangés à 400 cc. d'huile goménolée à 10 %. Les images radiologiques fournies dépendent de plusieurs facteurs : la dimension et le siège de la brèche vésicale, la quantité d'urine et de sang épanchés.

SABADINI a distingué (1948) 2 sortes de signes radiologiques.

1 - Signes directs -

- a - Images diverticulaires annexées à une vessie allongée et haute, à col allongé en poire (lésion moyenne).
- b - Diffusion massive du contraste surnageant dans le bassin et parfois dans la cavité péritonéale ou diffusant dans le pelvis avec vessie flasque (lésion importante).

2 - Signes indirects -

Elongation du col et allongement de la vessie en poire, en ballon d'enfant maintenu par un cordon (lésion pariétale très limitée).

Ces modifications morphologiques constantes de la vessie et du col vésical sont déterminées par un énorme épanchement urohématique joint à une tétanisation du détrusor, auxquels s'ajoutent des signes de diffusion pelvienne du contraste.

En cas de rupture intrapéritonéale, il y a diffusion massive, anarchique du contraste au-dessus du liquide épanché dans le pelvis, donnant des images radiées.

Mais l'exploration du système urinaire avec une substance opaque ne semble pas sans danger dans les vessies infectées.

CHAPITRE IX

EVOLUTION DES RUPTURES VESICALES SPONTANÉES

- 1 - Les ruptures intrapéritonéales provoquent une inondation immédiate ou secondaire du péritoine. L'infection précoce ou retardée du péritoine entraînera une péritonite qui peut se présenter à tous les degrés : subaiguë, aiguë, foudroyante ...

SIMON a montré expérimentalement l'inocuité de l'urine normale. L'urine acide injectée dans les tissus se résorbe facilement, par contre l'urine ammoniacale amène la destruction gangréneuse des tissus. L'acidité est la réaction normale de l'urine, mais en certaines heures de la journée et sous l'alimentation, l'urine peut devenir alcaline. Tout en n'étant pas plus nocif dans ces conditions cette alcalinité favorise la pullulation et l'action des germes. De plus l'urine provenant des vessies présentant des lésions pathologiques chroniques (ulcère, cystite, tumeur ...) est toujours plus ou moins infectée d'où le caractère purulent de l'épanchement intrapéritonéal. Encore les lésions gangréneuses sont-elles particulièrement fréquentes et presque de règle dans les perforations de vessie tuberculeuse (31 cas sur 39 vessies tuberculeuses, d'après BILGER, MULLER). Le sphacèle anaérobique ou streptococcique des lésions vésicales associées aux lésions vasculaires peut déterminer une péritonite toxique rapidement mortelle.

- 2 - Dans les ruptures extrapéritonéales, l'infiltration urinaire peut gagner la cavité de RETZIUS pour former une collection rétropubienne ou fuser dans le pelvis : la cellulite pelvienne s'installe. Si l'infection est moins méchante, si l'évolution de la rupture est plus lente, des abcès

pyo-urineux peuvent se former et se fistuliser à la fesse, à la région périnéale, ou au canal inguinal. Le pronostic est relativement meilleur, mais à la longue, la pyohémie peut emporter le malade, qui est encore menacé d'infection ascendante du rein, et d'intoxication urémique.

Seules les perforations extrapéritonéales qui se font dans le rectum chez l'homme, dans le vagin chez la femme sont d'emblée moins graves car elles n'intéressent pas la cavité péritonéale et la décharge urinaire par ces voies anormales permet au malade de **parer** pendant un certain temps au danger d'urémie. Cependant l'infection est constante ici, et une insuffisance rénale progressive peut suivre de près l'infection ascendante des voies urinaires.

L'évolution spontanée des ruptures vésicales est donc grave. L'~~inter-~~vention chirurgicale se justifie par le nombre très élevé des décès chez les malades non opérés, ou traités médicalement par cathétérisme vésical à demeure.

Nous présentons ci-dessous les statistiques des décès et survies respectivement chez les malades non traités, et chez ceux qui sont traités seulement par des moyens médicaux (y compris la sonde vésicale à demeure). Ces statistiques sont établies à partir des observations recueillies dans les publications étrangères.

D'après ces deux statistiques, l'évolution de la rupture vésicale abandonnée à elle-même est presque toujours mortelle. Sur 65 cas, on a eu seulement 3 survies, et ces 3 cas heureux sont dus au fait que la rupture est extra-péritonéale et l'urine se draine secondairement par une fistule au pli inguinal.

Le pronostic est aussi grave pour les cas traités médicalement par sonde à demeure. Sur 10 cas, on a eu 6 décès (soit 60 %) et 4 guérisons, constituées exclusivement de rupture extra-péritonéales.

I - EVOLUTION DES CAS NON TRAITES DE RUPTURE VESICALE SPONTANEE

Etiologie de la rupture vésicale	AUTEURS	Nombre de cas	Décès	Survie	Pourcentage de mortalité
Ulcère simple	LEFEVRE, RESLEY, CASTAIGNE, LLOYD	4	4	0	100 % (péritonite)
Cystite banale	BLOCK, BRODTHAGEN, BOSE, CONSTANTINI, WOLFERTH GOSH	6	6	0	100 % (péritonite)
Cystite tuberculeuse	ASTRID, BALZER et MILLER, DENZEL, DO, DUVERGEY, FUNOKOSHI, GUYON, MII, HERMAN, STUTZIN, PASTEAU CROWELL, MERTZ	14	14	0	100 % (péritonite, gangrène vésicale, tuberculose multiple)
Tumeur vésicale	GUDYNSKI, LUDWIG FRANCIS	3	3	0	100 % (péritonite)
Obstruction cervico-urétrale (rétrécissement urétral, adénome prostatique)	MORTON, DUPONEY, GARRY, SCOTT, WEHRLE ABOULKER, BASTABLE, BAUMER, FEGAL, FIELD, HOWSHIP, KAYLE, BEACHAM, LEHMANN, OEHLECKER, WILHAMS MARTIN SMYTH	15	15	3 (guérison après rupture extrapéritonéale et fistule vésico-fémorale)	83 % (péritonite)
Calcul vésical	KAHLE, BEACHAM, RIES	2	2	0	100 % (péritonite)
Vessie neurogénique (tabès, paraplégie).	GILGER, MOOR, STEVENS, VAUGHANS, RUDNICK, CRANE, KAHLE, BEACHAM, LEHMAN	8	8	0	100 % (péritonite)
Rupture idiopathique (débauche d'alcool, contraction abdominale violente, efforts	CAMPHELL, CAVE, MAC EWEN, STEVENS WOOSLEY, AS-MUTH BRORON, GOLDENBERG SUGE TITNOW	10	10	0	100 % (péritonite)
	<u>TOTAL :</u>	65	62	3	95 %

II - EVOLUTION DES CAS TRAITES PAR CATHETERISME SIMPLE

AUTEURS	Histoire clinique	Evolution après cathétérisme simple	Autopsie
BARLEET 1876	Homme 53 ans. Douleur hypog. après effort pour soulever barre de fer. Rétension d'urine		Perforation d'ulcère à la face post. de la vessie
BASTABLE 1899	Homme 36 ans. Tuberculose rénale. Douleur hypog. Anurie	+ Décès	Perforation de la vessie
EVANS 1934	Homme 53 ans. Hématurie	Péritonite + Décès	Perforation d'un carcinome vésical
KIERMAN 1940	Homme 67 ans. Opéré pour adénome prostatique. Douleur hypog.	+ Décès	Perforation de la face post. par carcinome
CALL 1881	Homme 60 ans. Gonococcie. Distension hypog. Urine par anus.	Guérison	
GAILLARD	Homme 63 ans. Masse sus-pubienne (rupt. extrapéritonéale).	Guérison	
NICOLAYSEN 1922	Homme 47 ans. Tabétique. Rétention d'urine (rupture extrapéritonéale)	Guérison au 33 ^e jour	
BERESFORD 1941	Homme 27 ans. Débauche de bière et de porto	Péritonite + Décès	Rupture de la face post.
CAMPBELL 1929	Homme 31 ans. Débauche de whisky.	Péritonite + Décès	Rupture du dôme
GUILLAUME HEPAULES	Homme 24 ans. Débauche de bière. Douleur abdominale (rupture extrapéritonéale)	Guérison	

CHAPITRE X

TRAITEMENT

I - TRAITEMENT MEDICAL -

Il est classique aujourd'hui d'intervenir dans les ruptures vésicales. Le traitement chirurgical d'urgence apparaît donc comme le traitement de choix. Ceci ne veut pas dire que le traitement médical est complètement inopérant. Par traitement médical, on entend l'expectative, la **surveillance** du malade auquel on a mis une sonde à demeure pour drainer l'urine. NICOLAYSEN a rapporté un cas de rupture vésicale guérie par sonde à demeure (Acta chir. Scand. 54 : 507 April 1922). De même THORP a cité un cas semblable, dont le drainage péritonéal se fait par la sonde vésicale passée à travers la fente de la rupture.

Depuis une vingtaine d'années l'avènement des antibiotiques a élargi le champ d'application du traitement médical. Ainsi BILGER MULLER a rapporté 6 guérisons dans 8 perforations traitées par sonde à demeure (6 extrapéritonéales et 2 intrapéritonéales). Cependant il faut dire que dans ces 6 cas, il s'agit de vessies non infectées avec un liquide épanché complètement stérile.

Lorsque la vessie, l'urine sont déjà infectées, et la fente vésicale large, le traitement médical arrive difficilement à drainer à sec le péritoine et juguler l'infection. ESCUE (1959) a publié le cas d'un vieillard de 75 ans, atteint d'adénome prostatique et présentant une rupture de diverticule vésical traitée seulement par les antibiotiques. Le traitement médical n'a pas pu vaincre la cellulite pelvienne qui a emporté le vieux malade.

II - TRAITEMENT CHIRURGICAL -

Il faut donc considérer le traitement chirurgical d'urgence comme traitement essentiel et ceci quel que soit le siège de la rupture. Son but doit être double : empêcher l'écoulement de l'urine dans la cavité péritonéale et arrêter l'hémorragie. Si la première de ces indications apparaît comme prédominante, il n'en reste pas moins vrai que l'hémorragie peut jouer un rôle important dans certains cas (BILGER, MULLER, WEIBEL).

- 1 - Dans les ruptures intrapéritonéales, la gravité de l'ouverture et de l'infection du péritoine ne permet d'envisager qu'une seule méthode thérapeutique : laparotomie, suivie de suture de la fente vésicale, drainage de la cavité péritonéale, drainage de la vessie par cystotomie.

Certains auteurs, après avoir suturé la fente vésicale, drainant la vessie d'un cathéter à demeure.

Nous pensons que :

- Quand l'urine a pénétré dans la cavité péritonéale, le drainage du péritoine est essentiel complété parfois du drainage de la cavité de RETZIUS.
- La meilleure méthode pour mettre la vessie au repos est la cystostomie supra-pubienne par sonde de PEZZER. L'emploi du cathéter à demeure est discutable : drainage moins efficace, infection ascendante plus fréquente. La sonde urétrale semble indiquée particulièrement quand il y a lésion associée de l'urètre.

Voici deux séries de ruptures intrapéritonéales traitées par laparotomie et suture vésicale et qui ne diffèrent l'une de l'autre que par le procédé de drainage. Nous trouvons que la mortalité est la même dans les deux séries :

Dans les publications étrangères, on a recueilli des observations de ruptures vésicales traitées seulement par cystostomie, sans suture de la fente vésicale. Une telle conduite est désastreuse, puisque tous les sujets sont morts par péritonite.

RUPTURES INTRAPERITONEALES TRAITEES

PAR LAPAROTOMIE, SUTURE VESICALE ET CYSTOSTOMIE DE DRAINAGE

AUTEURS	Nombre de cas	Guérison	Décès
BETHEA, BURFORD, CAVE, FIRSTATER ALTON, LAFFITE, OLIVIER, VILAIN, TAINSH, LOND, GORDON, FORET, LIPOW et VOGEL, SOIFER, GEISENGER WILSON, FRASER, MEMSER et WEIHBERGER, GASTON, WHITBY	22	14 (63 %)	8 (37 %)

RUPTURE INTRAPERITONEALES TRAITEES

PAR LAPAROTOMIE, SUTURE VESICALE ET CATHETER A DEMEURE

AUTEURS	Nombre de cas	Guérison	Décès
MERCIER, DIXON et STROHL, LUZES, KEN, MORRISSON, NICOLAY, PYRAH, HERMAN, SCHOLEFIELD, SCHURER, STUZIN, KUSUOKI HORI SAITO, JEAUBERT DE BEAUJEU, BASTA- BLE, SAPHIRO, DORON, MONTE- VERDE, LIPOW et VOGEE, CAL- VERLY, CHATTAWAY, LANGREN, MARTIN, PARMALEE, PRIDHAM, SARKAR, DUPONEY, TANCHON, THOMAS, VASSALO, BILGER, DIXON POWER, NOBEL, TAYLOR, MACALISTER YARWOOD, BOGART, BOITON, JAFS, STEVENS, MAR- BURY, TURNURE, HARRISSON, BARNES STEEL, DICKMAN, HERSHMAN.	52	33 (63 %)	19 (37 %)

RUPTURE INTRAPERITONEALES TRAITEES PAR CYSTOSTOMIE SIMPLE

AUTEUR	Année	Histoire clinique	Traitement	Résultat
DUNCOMBE	1931	Homme 46 ans, tuberculeux rétention d'urine, péritonite	Laparotomie; cystostomie simple sans suture.	Décès
HARRISSON	1939	Homme 49 ans, tuberculose rénale péritonite	Cystostomie	Décès
KEEN	1938	Homme 63 ans, Gonococcie. Coma. Péritonite.		Décès

2 - Dans les ruptures extrapéritonéales : Si la cavité péritonéale est indemne, il peut suffire de pratiquer une cystostomie et de drainer le tissu cellulaire périvésical, **sans** s'obstiner à suturer la brèche, ce qui est le plus souvent impossible. Mais il est préférable de suturer la rupture vésicale, puis de drainer l'urine soit par voie sus-pubienne, soit par sonde urétrale à demeure.

Si la rupture se fait dans un organe creux (vagin, rectum) ou à la peau, les indications opératoires sont moins impérieuses. Cependant il faut envisager la cure de la fistule, la fermeture de la vessie dans un bref délai, afin d'éviter l'infection et l'organisation fibreuse autour de la fistule. Les examens complémentaires et la radiologie seront très nécessaires pour préciser le type de lésion qui a provoqué la rupture de la vessie, ce qui permet de déterminer la conduite à tenir au moment de l'intervention (par exemple : cystectomie en cas de rupture par tumeur vésicale).

Dans notre série de 6 cas personnels, les ruptures sont toutes extrapéritonéales. Nous avons :

- 2 ruptures extrapéritonéales par calcul vésical, traitées l'une par suture de la fente, suture de la vessie et cathéter à demeure (obs. 2), l'autre par cystostomie (PEZZER) et cathéter à demeure (Obs. 3). Dans les deux cas, on enlève les calculs au cours de l'intervention.
- 1 fistule vésico-vaginale par calcul vésical. La cure de la fistule est faite 2 semaines après l'extraction des calculs (Obs. 1).
- 3 cas de tumeur vésicale avec rupture sous-péritonéale (obs. 4) et fistule hypogastrique (obs. 5, 6). Le traitement demande ici une mesure radicale vis-à-vis de la tumeur, après un temps de préparation suffisant.

Des publications étrangères, nous avons relevé 22 cas de ruptures extrapéritonéales, parmi lesquels :

- 11 cas (publiés par EISENSTAEDT, GOFF, SANTOE, SICK and WEAR, WHITE, NOBEL, FEGAL, SOMERS, STEVENS...) ont été traités par suture de la fente vésicale et cystostomie de drainage.
- 6 cas (publié par NEGLEY, MARQUAND, MESTMAN, SANTOL, BILGER, REITER COMARR, WOOSLEY...) ont été traités par cystostomie simple.
- 5 cas (publiés par GOUNTING, EVERETT, MATTINGLY, KITTREDGE, MARION, PAVLOSKY ...) sont représentés par des fistules (vésico-vaginale, vésico-rectale, ou vésico-cutanée) et traités par cure de la fistule.

Ces 22 malades des auteurs étrangers ont tous guéri ce qui prouve que la rupture extrapéritonéale est de beaucoup plus bénigne que la rupture intrapéritonéale.

III - TRAITEMENT ETIOLOGIQUE DE LA RUPTURE

Dans le traitement des ruptures vésicales spontanées ; nous devons encore envisager le traitement particulier de l'étiologie de la rupture de celui-ci dépend quelquefois tout le pronostic de l'affection.

Quand la rupture vésicale est due à une tuberculose vésicale (cystite ou ulcère), la thérapeutique doit quelquefois être portée sur l'ensemble des voies urinaires, car la tuberculose vésicale suit en général la tuberculose

rénale. La suture vésicale est parfois insuffisante, à elle seule, pour guérir le malade il faut encore traiter la tuberculose, maladie générale, ou la tuberculose, maladie locale, et les gestes opératoires peuvent comporter un temps rénal (néphrostomie, néphrectomie ou dérivation de l'urine par implantation de l'uretère dans le côlon ou à la peau pour mettre la vessie au repos).

Les tumeurs vésicales posent des problèmes assez particuliers. Quelquefois elles provoquent une rupture vésicale alarmante et l'étiologie n'est précisée qu'à l'intervention d'urgence. L'absence de préparation du malade fait que le plus souvent on n'ose pas aller au-delà du drainage (vésical et péritonéal) au cours de ce premier temps opératoire. Quelques semaines après, aux fruits d'une investigation plus poussée et d'une préparation soigneuse du malade le deuxième temps opératoire sera destiné au traitement étiologique de la rupture vésicale, allant de la résection tumorale simple au bistouri électrique avec radium intravésical, à la cystectomie partielle ou totale.

Les tumeurs qui déterminent une fistule vésicale extrapéritonéale sont les mieux diagnostiquées et traitées : on a tout le temps pour explorer la vessie d'en déterminer la lésion et une fois l'état général du malade remonté on peut intervenir radicalement sur la tumeur.

Les diverticules et les calculs vésicaux ne compliquent pas trop le traitement des ruptures vésicales, car on peut facilement enlever un diverticule, ou extraire un calcul au cours de la cystostomie.

Les obstructions cervico-urétrales (rétrécissement de l'urètre, adénome prostatique) demandent aussi un traitement étiologique et on peut être amené à recalibrer l'urètre (par dilatation ou par plastie) ou enlever un adénome prostatique au cours de l'intervention sur la vessie.

Dans notre série de six cas, trois sont dus au calcul vésical. L'enlèvement des calculs se fait soit en même temps que le temps vésical (obs. 2, 3) soit précédant celui-ci de quelques semaines (obs. 1). Les trois autres observations sont représentées par des tumeurs vésicales qui provoquent dans l'une (obs. 4) une urgence chirurgicale (pour appendicite) vouée seulement au drainage, et dans les deux autres (observation 5 et 6) une fistule hypogastrique. Le traitement de ces trois derniers cas demande soit la résection de la tumeur, soit la cystectomie.

Nous résumons dans le tableau suivant les observations de rupture vésicale avec traitement étiologique associé, recueillies des publications étrangères.

Etiologie	AUTEURS	Histoire clinique	Traitement	Résultat	
				Guéri- son	Décès (au- topsie)
Tubercu- lose de l'arbre urinaire		Femme 20 ans. Néphrec- tomie droite pour rein tuberculeux. Masse sus- pubienne cystoscopie perforation d'un ulcère de la face postérieure	Néphrostom- ie gauche	+	
	GIBERT (1946)	Femme 60 ans. Tubercu- lose rénale bilatérale. Fistule vésico-vaginale	Urétérostom- ie cutanée D.	+	
	DAS BOR- GAS (1947)	Femme 14 ans. Tubercu- lose rénale G. Tubercu- lose vésicale. Fistule vésico-vaginale.	Néphrectomie G. Implan- tation urétéro- colique D.	+	
	EDELMAN (1947)	Femme 46 ans. Néphrec- tomie D. pour rein tu- berculeux. Tuberculose du rein restant. Cystite Fistule vésico-vaginale	Néphrostomie du rein restant	+	
	RAVICH (1937)	Femme 28 ans. Tubercu- lose du rein D. Cys- tite. Fistule vésico- vaginale	Néphrectomie droite	+	
Tumeur vési- cale	MICHON DELINOTE (1941)	Homme 56 ans. Fibro- sarcome. Fistule vé- sico-rectale	Cystecto- mie par- tielle	+	
	PETROVIC (1946)	Homme 60 ans. Léiomy- sarcome. Périto- nite	Cystectomie partielle Radium	+	

Etiologie	AUTEURS	Histoire clinique	Traitement	Résultat	
				Guérison	Décès (Autopsie)
Diverticule vésical	QUAID WARD (1950)	Homme 40 ans péritonite	Réssection du diverticule perforé	+	
	GECKMUR (1937)	Homme 50 ans. Stricture du col vésical Péritonite	id.	+	
Rétrécissement urétral	BAILEY (1929)	Homme 50 ans. Rétrécissement urétral. Rupture extrapéritonéale.	Drainage sus-pubien. Dilatation de l'urètre	+	
	LAZARUS Rosenthal (1936)	Homme 48 ans, rétrécissement urétral. Douleur hypogastrique	id.	+	
Adénome prestatique	MARTIN J. (1923)	H. 69 ans. Adénome. Fistule vésico-rectale	Cystostomie Adénomectomie	+	
	MOSER (1914)	H. 60 ans. Adénome. Masse sus-pubienne	Adénomectomie. Sonde urétrale	+	
	SCHOLL (1935)	H. 76 ans. Adénome. Masse sus-pubienne	Adénomectomie. Sonde urétrale	+	
Calcul vésical	DAVRINCHE et PETIT (1904)	Calcul vésical. Fistule vésico-rectale	Cystostomie Extraction des calculs		+ (Pyonéphrose bilatérale)
	MELICOW (1935)	F. 51 ans. Rupture d'une sonde vésicale Formation de calculs Masse rétropubienne	Cystostomie extraction de la sonde et des calculs. Suture de la fente	+	
	JORDJED-VITCH (1956)	F. 28 ans. Fracture du fémur D. Calcul vésical. Fistule vésico-fémorale	Cystostomie Extraction de calcul		

CH A P I T R E X I

PRONOSTIC

Le pronostic des ruptures vésicales spontanées est variable suivant plusieurs facteurs.

L'écoulement de l'urine plus ou moins infectée dans le péritoine va causer une péritonite qui serait très grave chez les sujets à état plus ou moins altérés par l'affection qui a provoqué la rupture vésicale.

La cellulite pelvienne qui suit une rupture extrapéritonéale n'est pas moins redoutable chez les sujets tarés, déficients.

Dans l'immense majorité des cas, le pronostic dépend aussi de la précocité du diagnostic et du traitement.

L'intervention précoce change le sort du malade atteint de rupture vésicale.

En résumé, les éléments qui entrent dans le pronostic des ruptures vésicales spontanées sont les suivants :

- la forme intra ou extrapéritonéale de la rupture,
- l'étiologie de la rupture,
- le temps écoulé entre l'accident et l'intervention.

I - PRONOSTIC SUIVANT LA FORME ET L'ETIOLOGIE DE LA RUPTURE -

En général, les ruptures intrapéritonéales donnent un pourcentage de mortalité plus élevé que les ruptures extrapéritonéales. Avant 1900 ces ruptures intrapéritonéales donnent un taux de mortalité de 100 %. Entre 1900 et 1929 Stone donne le chiffre 45 %.

Dans une série de 60 cas, BILGER et MULLER ont relevé 47 ruptures intrapéritonéales (dont 30 décès, soit 65 %) et 13 extrapéritonéales (dont 7 décès, soit 54 %).

Parmi les différentes étiologies, les auteurs classiques insistent surtout sur la gravité des ruptures d'origine tuberculeuse. Selon GIBERT, le pronostic de perforation bacillaire équivaut à un arrêt de mort. Cette gravité exceptionnelle est due à la gangrène vésicale concomitante.

Dans la série de BILGER, MULLER, il existe 29 cas de ruptures bacillaires, dont 25 décès, soit 86 %.

Nous avons relevé et classé 253 ruptures vésicales spontanées recueillies des publications étrangères, suivant l'étiologie et la forme intra ou extrapéritonéale dans le tableau statistique suivant. On y voit nettement la gravité des ruptures intrapéritonéales, et le caractère morbide des affections causales telles que tuberculose, tumeur vésicale...

II - PRONOSTIC SUIVANT LE TEMPS ECOULE ENTRE LA RUPTURE ET L'INTERVENTION

L'intervention doit être précoce dès l'apparition des moindres signes abdominaux. Chez le sujet âgé, chez l'urémique chronique beaucoup de ruptures semblent être extrapéritonéales au début et se compliquent plus tard d'une péritonite diffuse mortelle. Le fait de temporiser et d'attendre l'évolution ultérieure par la mise à demeure d'un monde mettra finalement le malade dans des conditions défavorables pour être opéré, cette attitude ne se justifie que quand le diagnostic est très discutable et mis en doute.

En général le taux de mortalité augmente avec le retard apporté dans l'intervention, ceci dans les ruptures intra comme extrapéritonéales. Cependant le sort réserve quelquefois des surprises. QUICK a rapporté en 1907 un cas de guérison chez un sujet opéré 11 jours après rupture vésicale intrapéritonéale. NEGLY (Journal of Urology 18 : 307, 1929) a cité la guérison de 10 cas de ruptures intrapéritonéales opérées dans le délai de 3 à 11 jours après l'accident.

Culp (Journal of Urology 48 : 266, 1942) a donné la statistique suivante sur la mortalité en fonction du temps écoulé entre la rupture et l'intervention :

PRONOSTIC DES RUPTURES VESICALES
SUIVANT L'ETIOLOGIE ET LA FORME INTRA-

E t i o l o g i e	Rupture intrapérito-	
	Nombre de cas	Guérison
Ulcère simple, ulcère de Hunner, cystite interstitielle	10	4
Ulcère syphilitique	2	2
Cystite banale	12	4
Cystite tuberculeuse	30	3
Infiltration, dégénérescence graisseuse de la paroi	3	0
Tumeur vésicale	15	5
Diverticule vésical	9	5
Obstruction cervico-urétrale par utérus gravide rétroversé	10	8
Fibrome utérin	2	0
Rétrécissement de l'urètre	15	6
Adénome prostatique	16	6
Obstruction du col (sclérose, papillome)	2	1
Obstruction du méat urétral (phimosis serré imperforation)	2	0
Calcul vésical	3	0
Vessie neurogénique (tabès, PG, démence, vessie paralytique traumatique...)	19	5
Rupture idiopathique (débauche d'alcool, contraction abdominale à l'effort distension simple)	34	15
Rupture sur ancienne cicatrice	2	2
<u>TOTAL :</u>	186	66

SPONTANÉES
OU EXTRAPÉRITONÉALE

néale	Rupture extrapéritonéale		
Décès	Nombre de cas	Guérison	Décès
6	1	1	0
0			
8		5	1
27	15	12	3
3			
10	1	1	0
4	1	0	1
2			
2			
9	14	14	0
10	10	9	1
1	1	0	1
2			
3	7	5	2
14	4	4	0
19	7	7	0
0			
120 soit 64 %	67	58	9 soit 13 %

Forme de la rupture	Temps écoulé entre l'accident et l'intervention	Nombre de cas	Décès	Pourcentage mortalité
Extrapéritonéale	Moins de 2 heures	4	0	0
	2 - 4 jours	2	2	100 %
	Plus de 5 jours	3	2	66,7 %
	Sans intervention	1	1	100 %
	<u>TOTAL</u> :	10	5	50 %
Intrapéritonéale	Moins de 2 heures	7	2	28 %
	2 - 6 jours	2	1	50 %
	Sans intervention	3	3	100 %
	<u>TOTAL</u> :	12	6	50 %
Intra et extrapéritonéal	Moins de 2 heures	4	4	100 %
	24 - 36 heures	4	3	75 %
	7 à 9 jours	2	2	100 %
	Sans intervention	1	1	100 %
	<u>TOTAL</u> :	11	10	90 %

C H A P I T R E X I I

RUPTURES VESICALES SPONTANEEES RECIDIVANTES

Les ruptures récidivantes de la vessie constituent des cas plutôt rares

MARBURY et FRY en 1943 (Ann. Surg. 117 : 760) rapportaient le premier cas de rupture récidivante de la vessie. Il s'agit d'un malade de 37 ans, alcoolique, présentant deux ruptures vésicales spontanées après débauche d'alcool, l'une en avril 1940 et l'autre en mars 1941.

POLE en 1944 citait le cas d'un homme de 32 ans, présentant un rétrécissement gonococcique de l'urètre, et atteint successivement de rupture vésicale intrapéritonéale en 1942 et 1943 (Virginia Medical 71 : 477-1944).

Le troisième cas est rapporté par OPPENHEINER (Journal et Urology 57 : 238-1947) : un homme âgé de 67 ans, a subi une prostatectomie transvésicale qui provoque un rétrécissement secondaire de l'urètre. En 1939 : première rupture intrapéritonéale de la vessie. En 1941 : deuxième rupture également intrapéritonéale.

CRASNOPOL, ARTS et ROSETT relataient le quatrième cas en 1949 : un homme de 34 ans a subi successivement deux ruptures vésicales spontanées l'une en septembre 1946 et l'autre en décembre 1947. L'anatomopathologie de la pièce opératoire révèle une cystite aiguë banale.

Enfin HEFFERNAN en 1960 ajoutait à l'archive le dernier cas de rupture vésicale récidivante chez une femme tuberculeuse de 41 ans. L'ulcère tuberculeux a perforé deux fois de dôme vésical dans un intervalle de trois mois.

Nous pensons que la récidivité de rupture vésicale spontanée exige, pour qu'elle ait lieu, les conditions suivantes :

- La persistance de l'étiologie qui a donné naissance à la première rupture. C'est la condition nécessaire et souvent suffisante pour prédisposer la vessie à se rompre ou se perforer une deuxième fois. Dans les cas cités plus hauts, c'est la même étiologie (débauche d'alcool, rétrécissement de l'urètre, cystite tuberculeuse...) qui est à l'origine de la rupture récidivante. Seul le traitement étiologique supprimant la cause de la rupture, pourra permettre aux malades d'être à l'abri d'une troisième rupture.

- Les conditions défectueuses localisées au niveau de l'ancienne cicatrice de rupture. En effet la deuxième rupture se produit presque toujours au même endroit que la première, dans les cas où intervient la surdistension vésicale (débauche d'alcool, rétrécissement de l'urètre). On comprend qu'une bonne suture de la fente vésicale est donc très nécessaire pour éviter une rupture récidivante éventuelle à la même place ainsi qu'ont fait preuve ODES, METZ et MALEYSON qui ont rapporté (1956) dans la littérature deux cas de rupture vésicale sur l'ancienne cicatrice opératoire.

C H A P I T R E XIII

OBSERVATIONS

I - OBSERVATIONS PERSONNELLES (Service d'urologie Hôpital Binh-Dân)

OBSERVATION I

(Rupture dans vagin par calcul vésical)

T. TH. T. 54 ans, Femme (12.6.1957)

Pertes urines par le vagin depuis 1 mois, après une période de cystite de 6 mois. Ménopause à 49 ans. 4 accouchements faciles. Pas d'antécédents infectieux. Assez bon état général. Examen somatique : R.A.S. Fistule vésico-vaginale : brèche de 2 cm, de diamètre, calcul vésical senti à travers la brèche. Urémie à 1 g. 420/co-ionogramme : normal. Anémie discrète à 3 millions GR. Taux d'Hb : 70 o/o. Infection urinaire au Proféus. RX : Gros calcul vésical se projetant en partie derrière le pubis. Traitement de l'urémie et de l'infection urinaire. U.I.V. : déficience fonctionnelle des deux reins.

1 - 1er.7.1957 Cystostomie sous anesthésie locale. Extraction du calcul Pezzer. Amélioration de l'état général. Urémie à 0,30 g.

2 - 15.7.1957 Cure fistule vésico-vaginale par voie vésicale : fistule de 2 cm. de diamètre au bas fond vésical. Suture relativement aisée après avivement des bords de la brèche vaginale et vésicale. Pezzer. Foley cathéter à demeure. Bonnes suites. Guérison fistule. Diminution de pyélonéphrite.

OBSERVATION 2

(Rupture extra-péritonéale par calcul vésical)

N.V.B. Enfant mâle de 10 ans (8.3.1957).

Masse sus-pubienne douloureuse. Etat infecté. Dysurie. Cystite datant de 15 jours. Urémie à 1 g. 96 %. Albuminurie à 2 g. 4 %. Infection urinaire à colibacilles. Ionogramme : normal. RX : calcul vésical en partie enclavé dans l'urètre prostatique.

10.3.1957 Masse fistulisée laissant écouler urines troubles.

13.3.1957 U.I.V. : retard de sécrétion des deux reins. Mauvaise concentration. Cystostomie (14.3). Rupture vésicale rétropubienne (fente d'1 cm.). Paroi vésicale épaissie, col normal. Espace rétropubien comblé par débris puriformes. Extraction du calcul. Suture fente laborieuse. Suture vessie. Cathéter à demeure. Suites opératoires simples. Guérison. Anapathologie : Parois vésicales au niveau de rupture, muqueuse absente, fibres musculaires subnormales. Pas de lésions spécifiques.

OBSERVATION 3

(Rupture extrapéritonéale par calculs vésicaux)

D.V.D. 38 ans, masculin.

- 1ère hospitalisation (février 1957).

Calcul enclavé dans l'urètre pelvien. Extraction par voie naturelle.

RX : R.A.S. Pas d'autres maladies urinaires.

- 2e hospitalisation (avril 1960).

Calculs vésicaux multiples. Légère hydronéphrose bilatérale. Vessie large - Infection urinaire au Streptocoque. Bon état général. Cystostomie : extrac-tomie : extraction plusieurs calculs (carbonates, urates, phosphates de

chaux et Mg.). Fermeture vessie. Cathéter à demeure. Guérison.

- 3e hospitalisation (mai 1961)

Masse sus-pubienne douloureuse fistulisée à la peau : écoulement pus et urines. RX : 2 gros calculs vésicaux - donc un en forme de toupie avec pointe enclavée en partie dans l'urètre prostatique. Urémie à 1,20 g.

Infection urinaire au Protéus. Mauvais état général.

19.5.1961 Incision sus-pubienne de drainage. Brèche vésicale profonde à peine visible, derrière le pubis. Etat général remonté.

5.6.1961 Cystostomie. Extraction des calculs, celle en toupie est laborieuse, nécessitant un doigt rectal. Vessie de cystite chronique. Parfois épaissie. Muqueuse oedémateuse. Col vésical souple. Pezzier. Foley cathéter à demeure. Irritation continue de la vessie pendant 5 jours. Suites opératoires assez tumultueuses : infection, hématurie. Guérison sans troubles mictionnels.

U.I.V. contrôle : Enorme urétéro-hydronéphrose bilatérale. Cystographie rétrograde :

- Reflux vésico-urétéral passif à G.
- Reflux bilatéral actif
- Résidu négligeable.

CONCLUSION : Lithiase vésicale récidivante par cystite chronique et infection urinaire. Vessie de cystite chronique à détrusor hypertrophié, à capacité petite. Reflux vésico-urétéral et urétéro-hydronéphrose des deux côtés.

Opération projetée : agrandissement de la vessie par greffon iléal.

OBSERVATION 4

(Rupture extrapéritonéale par carcinome vésical)

NG.V.C. 66 ans, homme (7.11.1958)

Hématurie totale abondante depuis 4 mois - cystite et dysurie depuis 3 mois - Mauvaise état général. Petit adénome de la prostate.

U.I.V. Rein droit : muet. R.G. Urétérohydronéphrose légère. Vessie lacunaire à G. Cystographie rétrograde : même image lacunaire G. Brusquement, dans la nuit du 11.12.58 : Syndrome appendiculaire aigu.

Intervention d'urgence par le service de garde : rupture sous-péritonéale de la vessie. Cystostomie : tumeur vésicale (Anapathologie : Epithélioma basocellulaire très infiltrant) occupant la face antérieure et latérale gauche de la vessie. Perforation invisible.

Drain dans Douglas. Pezzer dans vessie. Cystographie rétrograde (20.12.58) confirme la rupture sous-péritonéale de la vessie.

Février 59 : état général ne permettant pas une opération radicale. Urétérotomie cutanée bilatérale. Radium intra-vésical après ablation de la tumeur au bistouri électrique.

Avril 59 : Etat général assez satisfaisant.

OBSERVATION 5

(Rupture extrapéritonéale par sarcome vésical)

T.V.P. homme, 38 ans (4.6.56).

Volumineuse masse fixée dans F.I. Dr. de consistance dure. Fistule hypogastrique laissant écouler urines purulentes. Hématurie. Dysurie.

Mauvais état général. Anémie à anisocytose. Prostate plate. Hernie inguinale dr. réductible.

Lavement baryté : Coecum refoulé en haut et vers la ligne médiane. Côlon transverse et ascendant dilatés.

Cystoscopie - Petite vessie. Tumeur occupant toute l'hémi-vessie droite d'aspect cancéroïde. Biopsie : sarcome vésical très infiltrant.

U.I.V. Hydronéphrose Dr.

R.G. : normal. Vessie : image lacunaire Dr. Cystographie rétrograde : Confirme l'image endoscopique. Vu l'état général du malade :

- Cystostomie (perforation face antérieure vessie).
- Résection tumeur vésicale au bistouri électrique.
- Radium.
- Radiothérapie profonde.

Résultats : assez satisfaisants (12.11.56).

OBSERVATION 6

(Rupture extrapéritonéale par Kyste dermoïde primaire de la vessie)

P. THI. H. 27 ans, femme :

1ère Hospitalisation : 21.12.1956.

Calcul vésical. Cystostomie - Extraction calcul. Foley cathéter à demeure. Guérison.

2e Hospitalisation : 3.8.59.

Fistule hypogastrique laissant écouler urines troubles.

U.I.V. : Hydronéphrose bilatérale - 2 calculs vésicaux dont un semble être dans un diverticule G. Infection urinaire au colibacille. Assez bon état général.

- Cystostomie : Le calcul latéral gauche est dans une poche diverticulaire occupée par une tumeur dermoïde (cheveux, matières sébacées) et la perforation vésicale est en pleine poche diverticulaire. Paroi vésicale épaissie. Laparotomie : ovaire G. adhérent à la face supérieure diverticule non kystique. Ovariectomie. Anapath. : ovaire normal. Extrapéritonisation vésicale. Cystectomie partielle. Pezzer. Foley cathéter. Anapath. : Kyste dermoïde vésical.

U.I.V. contrôle : Urétérohydronéphrose bilatérale. Cystoscopie : vessie absolue saine. Cystographie rétrograde : reflux vésico-urétéral Dr.

Opération projetée : réimplantation anti-reflux de l'uretère Dr.

II - OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTERATURE MONDIALE -

Nous avons collecté 260 observations provenant des publications étrangères. Nous les classons suivant l'étiologie et suivant la forme intrinsèque ou extrapéritonéale de la rupture, en les groupant dans le tableau synoptique suivant :

Etiologie de la rupture	A u t e u r s
Ulcère de Hunner	EISENSTAEDT, LEFEVRE, MERCIER, BARTLEST, BESLEY, BETHEA, BURFORD, CAVE, CASTAIGNE, FIRSTATER, LLOYD, POWER
Ulcère Syphilitique	DISON et STROGL, LUZES
Cystite banale	BLOCK, BRODTHAGEN, BOSE, COSTANTINI, CRASTNOPOL, HORINE, MORRISON, NICOLAY, PYRAH WOLFERTH, GOSH, COUTINE Jean G. EVERETT, MATTINGLY, KITTREDGE
Cystite tuberculeuse	ALTON, ASTRADI, BALZER, MILLER, BASTABLE, DESJACQUES, DUMCOMBE, DUVERGEY, GUIBAL, GUYON, HARRISSON HEFFERMAN, LAFFITTE, MOREAU, MORONEY, HERMAN, OLIVIER, MASON, SCHOLEFIELD, STEVENS, WALKER, CIBERT, VIER, MASON, SCHOLEFIELD, STEVENS, WALKER, CIBERT, CROWELL, DAS BORJAS, EDELMAN, MERTZ, PASTEAU, PILLET, RAVICH
Infiltration dégénéréscence graisseuse	HEDAN, GUDYNSKI, SAPHIR, SAPHIRO
Tumeur vésicale	BASTABLE, LUDWIG, CRANE, EVANS, KIERMAN, MONTEVERDE, FRANCIS NICHON DELINOTTE, TAINSH, LOND
Diverticule	LIPOW et VOGEE, GORDON, PERNAS, ESCUE
Utérus gravide en rétroversion fibrome utérin	CALVERLEY, CHATTAWAY, GRAVES, LANGMAN, PARMALEE
Rétrécissement urétral	DUPONEY, HOME, OPPENNEIMER, SCOTT, ABOULKER, BAILEY, NEGLEY, SICK et WEAR, BITSCHAT
Adénome prostate carcinome	BASTABLE, FIELD, OEHLECKER, BEACHAM, THOMAS, MARQUARD, CHOLL, SANTOL, SMYTH
Sclérose du col, papillome	BROWN, CULVER, MACALISTER
Obstruction du méat urétral	TALBOY, KING, HAMMOND
Calcul vésical	RIES, MARION, PAVLOSKY, STONE
Vessie neurogénique	BILGER, DIXON, MARBURY, FRY MOOR, STEVENS, RUDNICK, VANGHAN, TAYLOR, LEHMAN
Rupture idiopathique	BERESFORD, BOGART, BOLTON, CAMPBELL, FERGUSON, FRASER, MAC EVEN, WOOSLEY, SOMERS, BROWN, GOLDENBERG, BARNES, STEEL, JONES, ODES

N o m b r e d e s c a s		
Rupture intra	Rupture extra	TOTAL
10	1	11
2	0	2
12	6	18
30	15	45
3	0	3
12	4	16
10	1	11
12	0	12
15	14	29
16	11	27
2	1	3
3	0	3
3	7	10
18	4	22
35	13	48

C O N C L U S I O N

De l'étude générale du problème des ruptures vésicales spontanées nous pouvons faire ressortir les points essentiels suivants :

1 - La vessie est un organe susceptible de se rompre spontanément pour des raisons non traumatiques sous l'effet des causes inhérentes à la vessie elle-même, c'est-à-dire par altération anatomique des parois ou trouble physiologique de l'évacuation.

Dans nos cas personnels, les tumeurs et les calculs vésicaux constituent les deux principales causes de rupture vésicale.

2 - La rupture vésicale peut être intra ou extrapéritonéale. Insistons d'emblée sur la gravité des ruptures intrapéritonéales qui menacent le malade d'une péritonite mortelle. Cependant la cellulite pelvienne qui suit une rupture extrapéritonéale est une éventualité non moins redoutable.

3 - L'évolution spontanée des ruptures vésicales est presque toujours mortelle. Le pronostic est tout aussi grave pour les cas opérés tardivement ou incorrectement.

4 - Grâce à un diagnostic précis dû surtout à la cystographie rétrograde à liquide opaque, et au traitement chirurgical bien codifié comme aux antibiotiques, la mortalité est actuellement très réduite ou presque nulle. Cependant l'avenir du malade dépend encore de l'affection causale qui est à l'origine de la rupture vésicale et le traitement étiologique est une mesure complémentaire indispensable.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur M. HUARD

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

ABOULKER M. -

Ass.

Fr. Uro. 1956 : p. 490.

ALEXANDER. -

Intraperitoneal rupture of bladder treated by laparotomy and suture.
Ann. Surg. 34 : P. 209 (1901)

AITON R.H. -

Spontaneous rupture of tuberculosis bladder.
New Eng. J. Med. 205 : p. 1.777 (1931).

SMITH A. -

Rupture et bladder.
Lancet nov. 1881 : p. 838.

BACON S.K. -

Rupture of bladder : clinical analysis of 147 cases in the past
10 years. J. of Ur. 49 : p. 432. (1943).

BASTABLE J.R.G. -

Spontaneous rupture of the urinary bladder.
Brit. J. Ur. 31 : p. 78 (1959).

BILGER F. MULLER J. et WEIBEL R. -

Sur les ruptures et perforations vésicales.
J. d'Ur. 58 : p. 563 (1952)
Les ruptures vésicales spontanées et les ruptures vésicales au cours
des manoeuvres endoscopiques.
Strasb. Méd. 3 (I) : p. 13 (1952).

CALVERLY J.E. -

Rupture of bladder.
Surg. G. Obst. 49 : p. 540 (1929).

COUVELAIRE LARDAT NGOGIAHY. -

J. d'Ur. 1953 : p. 815.

DIXON F. et STROHL. -

Spontaneous rupture of urinary bladder.

Am. J. Surg. 33 : p. 110 (1936).

DJORDJEVITCH P.B. -

Un cas rare de fistule urinaire vésico-fémorale droite.

Ass. Fr. Ur. 1956 : p. 486.

DUNCOMBE. -

Perforation spontanée intrapéritonéale de la vessie au cours d'une cystite tuberculeuse.

Bull. Mem. Soc. Na. Chir. 59 : p. 316 (1933).

HYNGOGIA, TRANSIDON, VUVANNGUYEN. -

Rupture spontanée de la vessie.

Rev. de l'E.S.M. - 3-4 : p. 108 (1962).

MAILLAND. -

Rupture brusque de la vessie consécutive à la compression exercée par un fibrome utérin.

Gaz. Hôp. 74 : p. 1.109 (1901).

MARTIN A. -

Rupture spontanée de la vessie chez une femme enceinte de 3 mois présentant un utérus en rétroversion et de la rétention d'urines

Soc. Obst. Gy. et de Ped. (1909) : p. 130.

WOLFROMMET. -

Rupture sous péritonéale spontanée de la vessie au cours d'une cystographie.

Ass. Fr. Ur. 1956 : p. 483.

ZACHARLAC P. -

Rupture of bladder during expression of urine.

Hôp. Copenh. 65 : 293 (1922).

